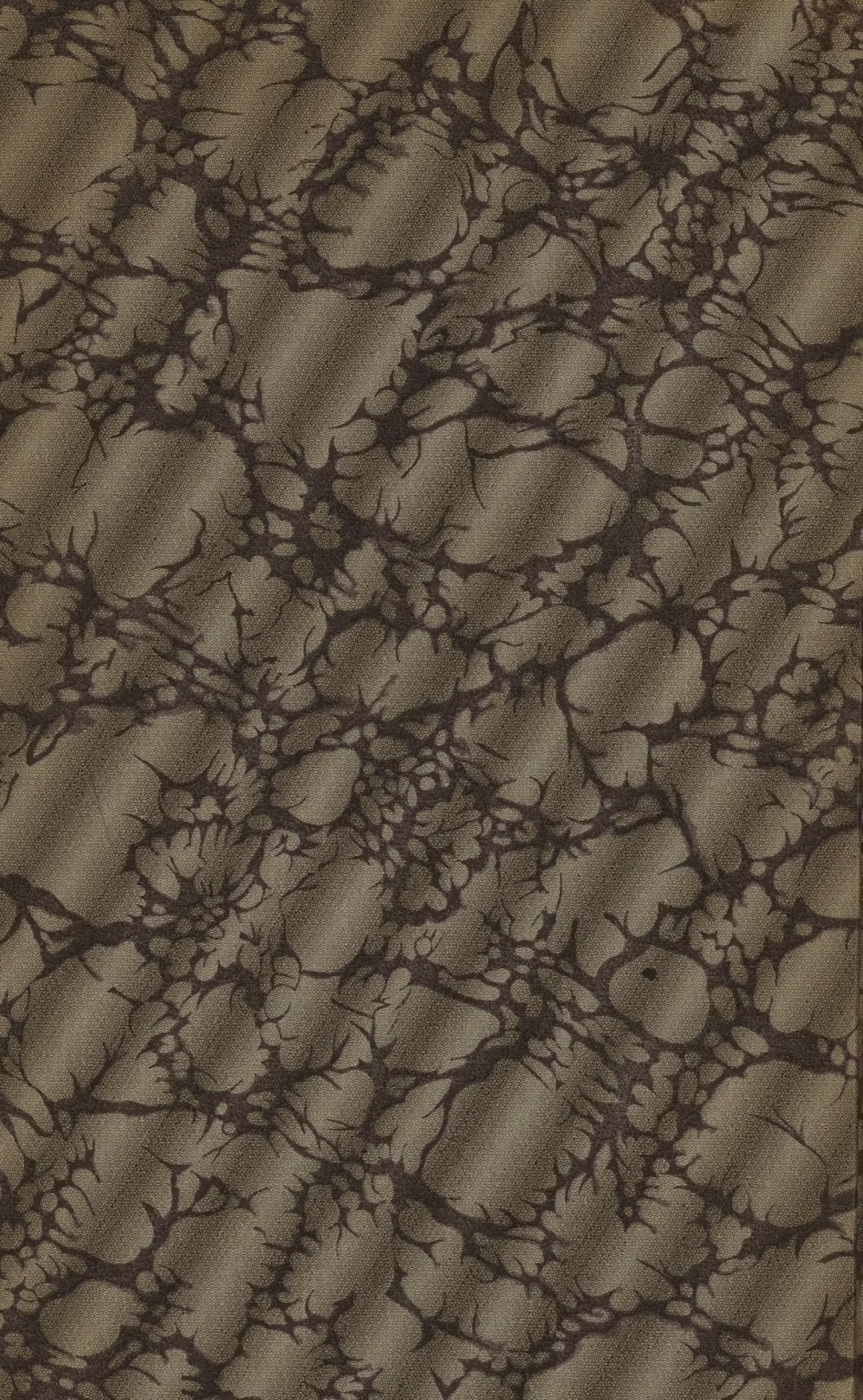


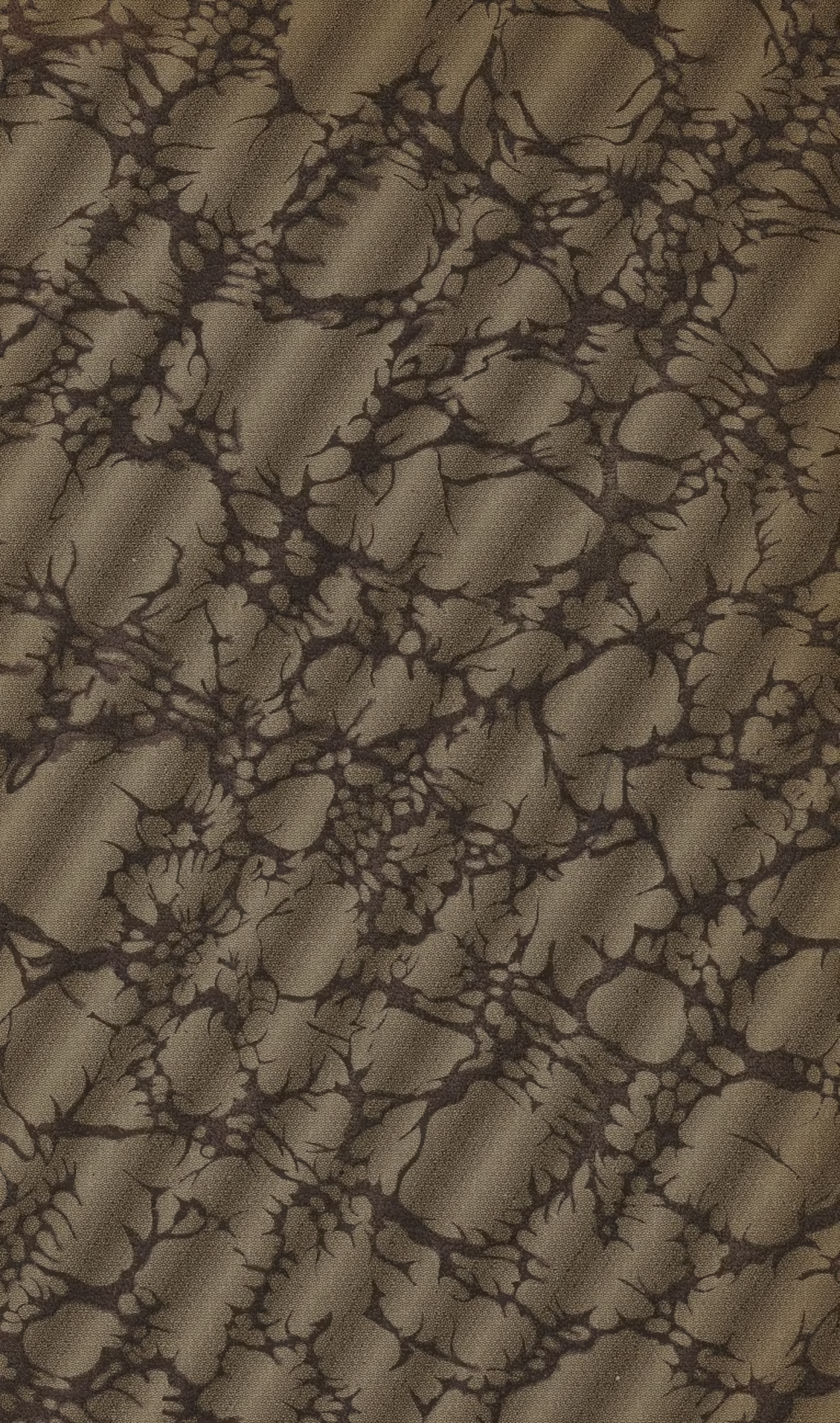
Ayez le respect des Livres

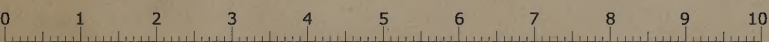
BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation







ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1937

TOME DEUXIÈME

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,
H. CLAUDE, COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE,
LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND,
MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC,
SÉGLAS. SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XV^e SÉRIE — 95^e ANNÉE — 1937
TOME DEUXIÈME



90152

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 95^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1937

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie, par M. H. CLAUDE.....	1
Les troubles endocriniens dans les états d'excitation, par M. J. TUSQUES.....	15
Le niveau intellectuel et le raisonnement des instables, par M. ABRAMSON.....	40
Les troubles de la personnalité sociale, par M. P. JANET.....	149, 421
Agnosie digitale et troubles psychiques, par M. R. GOLANT-RATNER.....	201
Phénomènes autoscopiques au cours de la grippe, par M. P. SIVADON.....	215
Les troubles psychiques chez les paralytiques généraux sérologiquement guéris, par MM. B. DEJARDIN et G. VERMEYLEN.....	469
Les tendances actuelles de la psychiatrie dans les pays scandinaves, par M. H. HELWEG.....	482
Recherches sur la surface de l'écorce cérébrale, par MM. P. NAVRAC et G. FOURNIER.....	581
Les aptitudes intellectuelles spéciales chez les instables, par M. J. ABRAMSON.....	603
Les formes cliniques du caféisme cérébral, par MM. PRIVAT DE FORTUNÉ et BELFELS.....	725
Hallucination et champ visuel (De la texture, de la forme, de la multiplicité des mouvements que présentent les hallucinations visuelles du delirium tremens), par M. F. MOREL.....	742
Sur les gommages du cerveau au cours de la paralysie générale traitée par la malaria, par M. J. DRETLE.....	758

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 10 juin 1937

	Pages.
Quelques précisions chronologiques sur le début d'un délire hallucinatoire chez un paralytique général impaludé, par MM. J. VIÉ et M. CARON.....	74.
Accès délirant hallucinatoire basé sur des hallucinations olfactives prédominantes, par MM. J. VIÉ et SOURIAC.....	79.
Episode confusionnel au cours d'une échinococcose hépatique avec essaimage péritonéal, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT, G. d'HEUCQUEVILLE et MIGNOT.....	87

Séance du lundi 28 juin 1937

Légion d'Honneur.....	92.
Adoption du procès-verbal.....	92.
Correspondance.....	92.
Élection de 2 membres correspondants nationaux.....	93.
Sur la pathogénie des hallucinations, par M. Th. SIMON.....	93
Hallucinations visuelles différenciées, survenues tardivement chez une femme atteinte de cécité depuis plus de vingt ans, par MM. J. TRILLOT et CARLET-SOULAGES.....	109
La surface et le volume de l'écorce cérébrale, par MM. P. NATRAC et G. FOURNIER.....	115.
Délire aigu survenant un mois après les vaccinations antityphique et jennérienne, chez un jeune soldat, et se terminant par la mort. Demande de pension par les ascendants, par M. J. TRILLOT.....	117

Séance du jeudi 8 juillet 1937

De l'importance des visites à domicile dans les cas de psychopathies familiales, par MM. R. DUPOUY et G. DAUMÉZON.....	221.
Hyperostose frontale interne : démence, lipomatose symétrique, troubles infundibulaires, par MM. X. ABÉLY et J. DELMOND.....	225.
Récidive de tentative de suicide chez un ancien mélancolique uxoricide par négligence familiale, par MM. P. COURBON et J. CHAPOULAUD.....	231.

Séances du lundi 26 juillet 1937

1^{re} SÉANCE

Félicitations.....	236.
Adoption du procès-verbal.....	236.
Correspondance.....	236.
Élection de 21 membres associés étrangers.....	237
Allocution de M. René CHARPENTIER, président.....	237

	Pages
Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie, par M. H. CLAUDE.....	241
Discussion.....	243
Accident hystérique et substratum mental, par M. J. FROMENT.....	265
Hystérie, schizophrénie, pithiatisme et simulation, par M. P. COURBON...	268

2^{me} SÉANCE

Les troubles endocriniens dans les états d'excitation, par M. J. TUSQUES.	274
Discussion.....	275
Les interréactions hypophyso-thyroidiennes et hypophyso-ovariennes dans la manie, par MM. X. et P. ABÉLY.....	286
Essais de traitement de la schizophrénie par la leucotomie préfrontale, par MM. EGAS MONIZ et DIEGO FURTADO.....	298
Catatonie et catalepsie expérimentale par imprégnation corticale ou par lésions chirurgicales corticales chez le lapin et le singe, par MM. H. BARUK et PUECH.....	309
Lobe préfrontal et catatonie expérimentale, par MM. PUECH et H. BARUK.	319
Effets stimulants de la benzédrine dans la fatigue nerveuse et l'hypotonie végétative, par MM. J. DELMOND et R. VERCIER.....	323
Erotomanie homosexuelle masculine, par M. J. FRETET.....	328

Séance du 25 octobre 1937

Adoption du procès-verbal.....	493
Correspondance.....	493
Élection de 3 membres correspondants nationaux.....	494
Le sentiment de non création personnelle chez l'halluciné, par M. X. ABÉLY.	495
L'aliénation, tyrannie affective, par M. Th. SIMON.....	508
Syndrome obsessionnel pur symptomatique d'une involution sénile, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et H. MIGNOT.....	512
Etude comparative et différentielle des troubles de la mimique chez le catatonique et chez le wilsonien, par MM. H. BARUK et LEMEUNIER.....	515
Un traitement de grande activité dans la psychose périodique, le sérum humain épivecteur, par M. P. DOUSSINET et M ^{lle} EL. JACOB.....	523
Sept psychoses du type démence précoce traitées par l'insuline, par MM. LAURENT et RONDEPIERRE.....	534

Séance du jeudi 18 novembre 1937

Évolution d'une catatonie pure chez une jeune malade de 17 ans, par MM. M. BRISSOT et J. MAILLEFER.....	632
Psychose réactionnelle à forme de délire de compensation chez un israélite allemand exilé, par MM. P. COURBON et M. LECONTE.....	636
Psychose présénile et artériosclérose à forme mentale, par MM. L. MARCHAND et G. DEMAY.....	646

Séance du lundi 22 novembre 1937

Adoption du procès-verbal.....	652
Correspondance.....	652

	Pages
Élection d'un membre titulaire honoraire.....	652
Élection de 4 membres correspondants nationaux.....	653
Élection de 2 membres associés étrangers.....	653
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire non résidant.....	653
La thérapeutique convulsivante de la psychose maniaco-dépressive, par M. P. VERSTRAETEN.....	654
A propos du mode d'action de l'insuline et du cardiazol dans la théra- peutique de la schizophrénie, par M. H. BERSOT.....	659
Psychose addisonnienne. Essai de traitement chloruré, par M. A. POROT.....	665
Psycho-encéphalite à poussées successives, caractérisée par des acci- dents convulsifs, suivis de bouffées délirantes, par MM. POROT et BARDENAT.....	669
Paralysie générale chez la mère et la fille. Précession de la maladie chez l'enfant, par MM. POROT, BARDENAT et SUTTER.....	674
Confusion mentale après une injection de sérum antitétanique. Accident du travail. Invalidité, par MM. LEDOUX, DESRUELLES et GOMET.....	678
Un cas de psychose de Korsakoff avec ulcère perforant et pleurésie à la suite d'une intoxication par l'héroïne, par A. REpond.....	684
Débilité mentale et paralysie générale infanto-juvénile. A propos d'un cas de paralysie générale juvénile à début épileptique chez un hérédo- syphilitique, par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ.....	687
Polioencéphalite de Wernicke avec délire hallucinatoire d'origine éthylque. Guérison des troubles bulbo-protubérantiels, par MM. H. ROGER, J. PAILLAS et P. LAVAL.....	694

Séance du jeudi 9 décembre 1937

A propos de l'écriture en miroir, par MM. P. ABÉLY et M. RANCOULE.....	768
Epilepsie psychique post-traumatique associée à un syndrome d'amné- sie continue, par M. L. MARCHAND, M ^{me} GAULTIER et M. R. STORA.....	776
Deux paralysies générales infantiles (forme évolutive et forme mas- sive), par MM. M. BRISSOT et J. MAILLEFER.....	780

Séance du jeudi 23 décembre 1937

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Décès de M ^{lle} le Dr C. PASCAL.....	788
Adoption du procès-verbal.....	788
Correspondance.....	788
Rapport de la Commission des finances.....	789
Rapport du Secrétaire général.....	790
Élection du Bureau pour l'année 1938.....	791
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1938.....	793
Élection d'un membre correspondant national.....	793
Conseil d'administration.....	793
Commission des finances.....	793
Prix de la Société Médico-Psychologique.....	793

TABLE DES MATIERES

v

Séance Ordinaire

Pages

Syndrome de Korsakoff au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Confusion onirique avec paraplégie atypique, par MM. CAPGRAS, LHERMITTE, AJURIAGUERRA et DOUSSINET.....	794
Sur la méthode de D. Anglade pour l'étude de la névroglie. Intérêt neuro-psychiatrique de cette étude. Précisions techniques opportunes, par MM. R. ANGLADE, M. ROUGEAN et P. ROYER.....	800
Deux jumeaux déments précoces, par M ^{lle} S. ROUSSET et M. M.-G. DAUMÉZON. Troubles de la mémoire post-traumatiques de type particulier. Confabulation et amnésie systématique, par M ^{lle} ROUSSET et M. M.-G. DAUMÉZON.....	806
Les démences vésaniques. Esquisse d'une nouvelle étape de leur démembrement, par MM. J. VIÉ et J. VILLENEZ.....	810
Pleurs de sang au début de l'accès épileptique, par M. J. PICARD.....	816
	824

RÉUNIONS ET CONGRES

DEUXIÈME RÉUNION SUISSE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES

(Berne, Vendredi 28 Mai 1937)

Méthodes et applications de la Psychothérapie

Rapports

Quelques principes et exemples de psychosynthèse, par M. A.-J. KIEWIET de JONGE.....	127
Le point de vue du malade dans le mécanisme de la guérison, par M. H. TRUER.....	128
La psychothérapie dans ses applications pratiques, par M. C.-G. JUNG.....	129
La méthode et l'homme, par M. W. MORGENTHALER.....	129

XXI^e CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 24-27 mai 1937)

Rapports consacrés à la prophylaxie criminelle

La prophylaxie criminelle, par MM. CEILLIER, SCHIFF et M ^{lle} BADONNEL.....	336
La prophylaxie criminelle juvénile, par M ^{lle} BADONNEL.....	337
La prophylaxie criminelle en dehors de la prison, par M. P. SCHIFF.....	338
La prophylaxie criminelle pénitentiaire, par M. A. CEILLIER.....	339

**CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE**

XLI^e Session (Nancy, 30 juin-3 juillet 1937)

Pages

Discours inaugural : M. OLIVIER.....	342
--------------------------------------	-----

Rapports

PSYCHIATRIE : Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus, par R. BARGUES.....	342
NEUROLOGIE : Les atrophies cérébelleuses primitives, par M. N. PÉRON...	344
MÉDECINE LÉGALE : Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues, par M. B. POMMÉ.....	345

Communications de Psychiatrie

Du rôle des hormones génitales sur le psychisme du chien, par M. P. COMBEMALE	347
Etude électro-encéphalographique d'un cas d'hémianesthésie hystérique, par M. J. TITECA	347
Phénomènes de balancement psychosomatique, expression particulière d'une loi générale dans les localisations viscérales tuberculeuses. Rôle du terrain, par M. CHRISTY	348
A propos d'une forme clinique d'encéphalite psychosique, par MM. J. HAMEL et EDERT	348
Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypés d'allure pithiatique, par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ	348
Considérations sur le mécanisme de l'action curative de l'insuline et du cardiazol dans la schizophrénie, par H. BERSOT	348
La crise convulsive provoquée par les analeptiques chez l'homme et l'animal, par H. BERSOT	349
Syndromes psychopathiques avec polyradiculonévrites et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, par M. G. PETIT ..	349
La paralysie générale en Tunisie, par MM. MARESCHAL et CHAURAND	349
L'héroïnomanie en Tunisie, par M. MARESCHAL	349
Le contrôle de la pyréthérapie avec ma Méthode, par M. A. DONAGGIO ..	349

Communications de Neurologie

Neurocrinie hypophysaire, par M. R. COLLIN	349
Méthode de coloration et méthode de réduction argentine dans la démonstration et l'étude du réseau neuro-fibrillaire endocellulaire, par M. A. DONAGGIO	349
Sur la reproduction expérimentale de la base anatomique des leuco-encéphalomyélites, par M. A. DONAGGIO	350
Les lésions de la névraxite ourlienne humaine et expérimentale, par MM. V. de LAVERGNE, P. KISSEL et H. ACCOYER	350
Figures parasitaires de la sclérose en plaques, par M. GUIRAUD	350
Diagnostic radiologique de la dysphasie paralytique dans les scléroses bulbaires, par M. J. JACQUES	350

	Pages
Réflexe radio-fléchisseur, par M. P. MICHON	350
Temps de réaction chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, par MM. P. MICHON, P. LEICHTMANN et H. RENAUDIN	350
Syndromes parkinsoniens et traumatismes, par MM. J. HAMEL et P. MICHON	351
Le choc moral comme cause de déclenchement de l'ataxie tabétique, par M. MAZHAR O. UZMAN	351
Le rôle moteur homo-latéral des circonvolutions, par M. A. ROUQUIER ..	351
Troubles moteurs déficitaires bilatéraux sans signes d'hypertension intra- crânienne symptomatiques d'une tumeur à évolution rapide, par MM. L. MARCHAND et R. DUPOUY	351
Méningiome de la petite aile du sphénoïde. Variété dite de « l'angle sphéno-caverneux », par MM. PERRIN, H. KISSEL, ROUSSEAUX et CAS- TELAIN	351
Epilepsie bravaiss-jacksonienne : arachnoïdite fronto-pariétale trauma- tique, par MM. PERRIN, GRANDPIERRE, ROUSSEAUX et CASTELAIN	351
Syndrome de Landry médullaire d'origine syphilitique : guérison thé- rapeutique, par MM. H. ROGER, J. PAILLAS et J. VAGUE	352
Hémorragies sub-durales dues à des traumatismes périphériques, par M. MAZHAR O. UZMAN	352

Communications de Thérapeutique

Le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine, par MM. P. COSSA, H. BOUGEAUT et M. PUECH	352
A propos du traitement de certaines maladies mentales par les injec- tions d'huile soufrée, par M. J. TRILLOT	352
De l'emploi de la diathermie dans certains troubles du système nerveux, par M. A. MUNIER	352

Communications d'Assistance, de Prophylaxie et de Médecine légale

L'organisation de la section d'Hygiène mentale de l'Office départemental d'Hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle, par MM. J. PARISOT et P. MEIGNANT	353
L'assistance aux aliénés en Tunisie, par MM. M. MARESCHAL et LAMARCHE	353
Taux d'incapacité des syndromes post-commotionnels crâniens, par MM. M. MUTEL et P. MICHON	353

XVI^e RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE (CONGRÈS INTERNATIONAL DE LANGUE FRANÇAISE)

(Paris, 8, 9, 10 juillet 1935)

RAPPORTS : La douleur en neurologie

Physiologie et pathologie de la douleur, par MM. A. BAUDOUIN et H. SCHAEFFER	354
---	-----

	Pages.
La physiopathologie de la douleur d'origine centrale, par MM. G. RIDDOCH et M. CRITCHLEY	357
La douleur dans les affections organiques du système nerveux central, par M. R. GARCIN	358
La douleur dans les affections organiques du système nerveux central (partie anatomo-clinique), par M. R. GARCIN	359
Douleur sympathique et douleur viscérale, par M. AYALA	361
La douleur vue par un psychiatre, par M. N. PÉRON	364
Diagnostic de la réalité de la douleur. Considérations médico-légales, par MM. O. CROUZON et H. DESOILLE	365
Neurochirurgie de la douleur, par M. R. LERICHE	365
La roentgenthérapie de la douleur, par MM. J. HAGUENAU et L. GALLY ..	366
La douleur dans les maladies organiques du système nerveux : nerfs périphériques, par M. Jean DECHAUME	542

Communications

Les algies d'origine bulbaire, par M. K. WINTHER	368
Quelques constatations expérimentales sur le phénomène de la sensibilité douloureuse, par M. BRUNCHWEILER	368
Le mécanisme d'action des substances anesthésiques sur les fibres nerveuses, par M. DONAGGIO	368
Le rôle de l'élément veineux dans les douleurs angio-spasmodiques, par M. SALMON	368
Les réactions artério-tensionnelles dans la paralysie générale, par M. NYSSSEN	368
Les signes objectifs de la douleur, de l'anesthésie hystérique et de l'anesthésie simulée, par M. BOISSEAU	368
A propos de la chirurgie de la douleur, par M. PETIT-DUTAILLIS	368
La chordotomie. Considération sur les voies de conduction de la douleur, par M. BAGDOSAR	368
Membre-fantôme, émotion et douleur, par M. P. COURBON	368
La douleur physique chez les psychopathes, par M. P. COURBON	368

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE

(Paris, 19-25 juillet 1937)

Séances du lundi 19 juillet 1937

Les bases scientifiques de l'hygiène mentale, par M. A. RÉPOND	370
Les conditions et le rôle de l'eugénique dans la prophylaxie des maladies mentales, par M. RÜDIN	370
Les lois de stérilisation eugénique et les résultats de leur application, par MM. HOWARD et C. TAYLOR	372
L'hygiène mentale de la sexualité, par M. J.-M. SACHISTAN	372
La sexualité et l'hygiène mentale, par M. J. HYNIE	372

TABLE DES MATIERES

ix

Séances du mardi 20 juillet 1937

	Pages
L'hygiène mentale dans l'éducation familiale, par M. G. TUMIATI	373
L'hygiène mentale à l'Ecole et à l'Université, par M. G. BOSCH	374
La législation de l'enfance anormale, par M. G. VERMEYLEN	375
Une raison de l'attitude antisociale de la jeunesse et sa prévention, par M. T.-A. WILLIAMS	375
L'hygiène mentale de l'adolescent, par M. W. Mc. HARROWES	375
L'étude de l'hygiène mentale dans un arrondissement de l'Est de Balti- more, par Miss Ruth E. FAIRBANK	375
L'enseignement de l'hygiène mentale par des exemples tirés de la litté- rature populaire, par M. T.-A. WILLIAMS	376
L'hygiène mentale dans le développement de la personnalité, par M. E.-M. LIGON	376
L'hygiène mentale du travail intellectuel, par M. S. MYERS	376
L'hygiène mentale dans l'orientation professionnelle, par M. J.-M. LAHY	377
Hygiène mentale et urbanisme, par M. LÉVY-BIANCHINI	377
Psychologie et orientation professionnelle. Hygiène de l'attention. Apti- tude de l'attention, par M. Plinio OLINTO	379
L'hygiène mentale dans le développement de la personnalité, par M. E.-M. LIGON	379

Séances du mercredi 21 juillet 1937

Le rôle de l'hérédité et de la constitution dans l'étiologie des troubles de l'esprit, par M. KRETSCHMER	379
La prophylaxie des maladies nerveuses et mentales d'origine toxi-infec- tieuse, par M. L. MARCHAND	380
Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux, par M. MIRA	381
L'hygiène mentale et l'individu, par M. RUGGLES	381
L'importance de la méthode généalogique pour les problèmes de la prophylaxie mentale, par Mme MINKOWSKA	381
Du rôle de certains facteurs sociaux dans la genèse des troubles men- taux, par M. Maurice et Mme Suzanne LECONTE	382
A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. Le seuil de résis- tance psychique et les difficultés de la vie, par M. J. VIÉ	382
Un nouveau syndrome mental : les parapsychoses, par M. L.-S. SELLING .	382
L'appétit pour les toxiques et la lutte contre les toxicomanies, par M. G. BONVICINI	382
La prophylaxie de l'alcoolisme, par M. R. MILES	383
La prophylaxie individuelle et sociale du suicide, par M. K. HENDERSON .	383
Alcoolisme mental : mesures législatives prophylactiques, par M. R. MIGNOT	384
L'influence des publications sur les suicides en Turquie, par M. F. KERIM	384
Le problème de l'accoutumance expérimentale à la morphine, par M. R. CAHEN	384
Comment nous luttons contre les épidémies d'héroïne, par M. MAZHAR OSMAN UZMAN	384
Exemple de trois suicides évités par l'hygiène mentale, par M. T.-A. WILLIAMS	384

Séances du jeudi 22 juillet 1937

	Pages
L'organisation d'un centre de prophylaxie mentale, par M. ALEXANDER ..	385
La formation du personnel auxiliaire des organisations d'hygiène mentale, par M. J. SOBRAL-CID	385
La législation comparée de l'assistance psychiatrique, par MM. A. COURTOIS et R. ANGLADE	386
Le service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle, organisme de prophylaxie mentale, par MM. R. DUPOUY et H. PICHARD	386
Les fonctions d'une clinique d'hygiène mentale dans une petite cité, par G. RITCH	386
Le cadre de l'hygiène et de la prophylaxie mentales. Leur application en Roumanie, par M. PREDA	386
Projet d'une nouvelle forme d'assistance aux psychopathes entraînant une modification de la loi française du 30 juin 1838, par MM. CLAUDE et P. RUBÉNOVITCH	387
La réforme de l'assistance psychiatrique en Catalogne, par M. S. VIVES ..	387
L'hygiène mentale et l'assistance publique de Mexico, par M. A. MILLAN ..	387
Les services d'hygiène et de prophylaxie mentales au point de vue administratif, par M. L. IMBRIACO	387
La prophylaxie des délits et des crimes, par M. O. KINBERG	387
Les anormaux devant la justice, par M. van der HOEVEN	388
La protection sociale et l'assistance aux anormaux délinquants et criminels, par M. L. VERVAECK	388
Le service des visites à domicile, organisme de prophylaxie et de défense sociale, par MM. R. DUPOUY, A. BELEY et G. DAUMÉZON	389

Séances du vendredi 23 juillet 1937

Proposition d'une classification internationale des troubles mentaux (nomenclature), par M. H. BOND	389
L'unification de la statistique psychiatrique internationale, par M. BERSOT	389
L'unification des statistiques générales dans les établissements d'assistance psychiatrique, par M. DESRUELLES	390
La récréation, moyen thérapeutique chez les malades pré-schizophréniques, par M. G.-J. RITCH	390
Une classification internationale des troubles mentaux, par M. H.-M. POLLOCK	390
Exposé des recherches scientifiques les plus urgentes en vue de la prophylaxie des troubles mentaux, par M. A. WIMMER	391
Exposé des moyens à recommander pour la propagande de l'hygiène mentale	391
Quels sont nos critères de la norme ? par M. R. DE SAUSSURE	391
Les efforts faits dans les deux dernières années par la République Mexicaine pour les progrès de l'hygiène mentale, par M. S. RAMIREZ-MORENO	391

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE

(Paris, 24-28 juillet 1937)

Pages

Rapport introductif : Les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile, par M. WALLON.....	393
---	------------

Séances du lundi 26 juillet 1937

Rapports

Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile,	
par MM. J. DUBLINEAU	393
GEMELLI	394
GESELL	394
IBRAHIM	395
ISCHLONDSKY	395
JONESCO-SISESTI, KREINDLER et MARINESCO	395
H. DE JONG	396
MEIGNANT	396
PEIPER	396
Carlo DE SANCTIS	397

Communications

Tests diagnostiques dans le domaine du normal et du pathologique, par M. Ch. BUHLER	397
La schizophrénie chez les enfants, par Mme Louise DESPERT	398
Les relations cycliques entre les troubles psychonévrotiques des parents et enfants dans les générations successives. Etude de pseudo-hérédité par M. W. HACKFIELD	398
Changement de personnalité après la chorée mineure, par M. S. KRAUSS	398
Sur l'énurésie chez l'enfant, par M. M. REISS	398
Le réflexe moteur du genou en psychiatrie infantile, par MM. Rizzo et CACCHIONE	398
Quelques nouveaux modes de traitement des névroses infantiles, par M. SCHNEERSOHN	398
Encéphalite post-vaccin antiscarlatineux, par M. MAZHAR OSMAN UZMAN	398
L'enfant d'une paralysie générale, par M. MAZHAR OSMAN UZMAN et ISHAN SCHÜHRÜ-AKSEL	398
Nouvelle contribution au problème de l'énurésie, par M. E. WEIGL	399
Correspondance entre les types de conduite et les réponses aux questions d'intelligence, par Mlle ABRAMSON	399
Tests moteurs d'orientation professionnelle en psychiatrie infantile, par M. BAILLE	399
Neuro-psychiatrie infantile et neuro-psychologie, par M. G. ROBIN	399
Recherches sur le bégaiement, par MM. HEUYER et KOPP	399
Quelques troubles de l'intelligence et du caractère chez les gauchers, par Mlle V. KOVARSKY	400

*Séances du mardi 27 juillet 1937***Rapports**

Pages

Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant,	
par MM. Joseph A. FRIEDJUNG	400
RABOWSKY-REVESZ	401
Mme JADOT-DECROLY	401
MM. E. MILLER	401
OMERÉDANE	401
Frederick L. PATHY	402
A.-H. RUGGLES	402
SHAHINE	402
SCHROEDER	402
TRAMER	403
Benigno di TULLIO	403
Mme Claire VOGT-POPP	403
MM. MALE	403
A. van WOORTHUYSEN	404

Communications

L'assistance familiale aux enfants anormaux à Gheel, par M. R. JACOBI .	404
La démutisation des enfants déficients, par Mme Henriette HOFFER	405
Succès et insuccès d'un traitement des enfants difficilement éduquables, par M. WEIGL	405
Le patronage médico-pédagogique, moyen d'observation de l'enfance difficile, par MM. MINKOWSKI et POLNOW	405
Quelques considérations sur les causes et les premières manifesta- tions de la débilité mentale, par M. E. STERN	405
L'assistance familiale aux enfants anormaux à Gheel, par M. JACOBI ...	405
L'importance du dessin pour l'étude psychanalytique de l'enfant, par Mme MORGENSTERN	405
Valeur de l'asymétrie faciale dans l'appréciation du caractère, par M. PRÉAUT	405

*Séances du mercredi 28 juillet 1937***Rapports**

La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile, par MM. CORBERIE	406
C. EARL	406
V. FONTÈS	407
Stefanesco GOANGA	407
Fahreddin KERIM GÖKAY	407
HEALY	407
Alexander R. LURIA	408
MACÉ DE LÉPINAY	408
POSTMA	408

	Pages
par MM. URÉCHIA	409
VERMEYLEN	409
VERVAECK	410
José BELBEY	410
A.-C. PACHECO E SILVA et Leonido RIBEIRO	410
G. BERMANN	410

Communications

A propos de la débilité comme cause de délinquance infantile et juvénile, par M. DIDE	410
Les statistiques de Fresnes et le problème de l'enfance délinquante, par M. J. ROUBINOVITCH	411
La psychogénèse de l'enfant criminel, par M. FORTANIER	411
Niveau mental et déchéance de la puissance paternelle, par M. BONNIS ..	411
L'assistance à l'enfance anormale en Espagne pendant la guerre, par MM. PRADOS SUCH et J. SOLIS	411
Influence de la débilité sur le caractère et par cela même sur les facultés d'assimilation sociale de l'individu, par M. NORWIG	411
Situation légale des débiles mentaux en Argentine, par M. J. BELBEY	411
Dépistage des anomalies chez les enfants au point de vue criminel au Brésil, par M. L. RIBEIRO	412
Note sur la dispersion dans l'échelle d'intelligence Pintner-Paterson, par MM. G. PREDA et G. CUPCEA	412
L'assistance d'hygiène scolaire et la consultation de psychiatrie infantile, par Mlle O. CHABAS	412
La vie pré-criminelle et le problème de la préservation, par M. TOBBEN ..	412
Les facteurs concomitants de la délinquance infantile et juvénile, par M. G. HEUYER et Mme S. HORINSON	412

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

(89^e réunion. Münsingen p. Berne, 29-31 mai 1937)

La Thérapeutique de la Schizophrénie.

Choc insulinaire, Cardiazol, Sommeil prolongé

L'insulinothérapie de la schizophrénie, par MM. MUELLER	836
La nature et la genèse du traitement hypoglycémique des psychoses, par MM. SAKEL	837
Considérations générales sur le traitement par le cardiazol, par M. L. von MEDUNA	837
De la physiologie du choc hypoglycémique dans le traitement de la schizophrénie, par MM. BEIGLBOCK et DUSSIK	837
Démence précoce, hypoglycémie, insuline, vitamine B ₁ par M. V. DEMOLE ..	838
Problème des convulsions et insulinothérapie, par MM. F. GEORGI et R. STRAUSS	838

	Pages.
Insuline et appareil circulatoire, par M. W. HADORN	839
Le réveil du choc hypoglycémique, par MM. Ch. PALISA et A. FLACH	839
Les troubles neurovégétatifs des schizophrénies et leurs rapports avec les thérapeutiques par l'insuline, le cardiazol et le sommeil prolongé, par M. O. PFISTER	839
Communication provisoire sur les résultats de l'observation des fonctions végétatives pendant le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, par M. H. WESPI	839
Recherches histopathologiques expérimentales sur le choc insulinaire, par M. F. ACCORNERO	840
Recherches sur la perméabilité de la barrière hémoméningée dans la schizophrénie et son comportement au cours du traitement par le choc insulinaire, par M. W.-M. FORSTMAYER	840
Le comportement de la glycémie vraie pendant le choc insulinaire, par M. R. FREUDENBERG	840
Les troubles cérébraux dans l'hypérinsulinémie provoquée, par MM. G. de MORSIER et H. BERSOT	840
Choc « insulinaire » et choc « analeptique » chez le lapin par MM. V. DEMOLE et H. BERSOT	840
Contribution à l'histophysiologie de l'insuline, par M. H.-E. SCHMID	840
Résultats obtenus avec la thérapeutique convulsivante à la clinique psychiatrique de Berne, par M. O. BRINER	841
Recherches expérimentales sur l'accès épileptique provoqué par le courant électrique, par M. L. BINI	841
Critiques et indications des thérapeutiques de la schizophrénie, par MM. F. HUMBERT et A. FRIEDMANN	841
Sur le traitement de la schizophrénie par le sommeil prolongé à la clinique psychiatrique de Berne, par F. IENNY	841
Sur le traitement de la schizophrénie par les agents physiques à la clinique psychiatrique de Berne, par M. F. IENNY	842
Etude expérimentale des convulsions produites par le cardiazol chez le lapin, par MM. G. de MORSIER, F. GEORGI et E. RUTISHAUER	842
L'insulinothérapie à la clinique neuropsychiatrique de Rome, par MM. F. ACCORNERO et L. BINT	842
Observations et résultats de 52 cas de traitement de psychoses par l'insuline, par M. N. BENO	842
Constatations avec l'insulinothérapie chez les schizophrènes, en considérant en particulier les problèmes cliniques, par M. I.-P. FROSTIG	842
Le quotient de l'abaissement de la glycémie. Contribution à la question de la sensibilisation à l'insuline, par MM. I.-P. FROSTIG, I. PERSYKO et H. PERSYKO	843
L'état hypoglycémique à la lumière de l'auto-observation, par M. E. KÜPPERS	843
Les nouvelles méthodes de traitement de la schizophrénie et le fonctionnement des établissements psychiatriques, par M. H. ROEMER	843
Résultats de l'insulinothérapie de la schizophrénie, par M. M. MARZYNSKI	843
Rémission après traitement insulinaire, par M. M.-L. PRESS	843
Constatations avec l'insulinothérapie en Angleterre, par M. PULLAR-STRECKER	843

	Pages
Quelques observations sur la méthode de Sakel du traitement de la schizophrénie par l'hypoglycémie insulinique, par MM. D. Ewen CAMERON et R.-G. HOSKINS	844
Trois ans et demi de thérapeutique de la schizophrénie par l'hypoglycémie provoquée. Résultats et problèmes, par M. K. DUSSIK	844
Constatations avec le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique, par MM. A. KRONFELD et E. STERNBERG	844
Quelques expériences avec l'insulinothérapie des psychoses selon la méthode de Sakel en Amérique, par M. L. WORTHIS	844
Sur une altération gliale particulière après des chocs insulinniques répétés chez l'animal, par M. W. NICOLAJEW	344
Sur le pronostic du résultat de l'insulinothérapie et l'interprétation du mécanisme curatif, par M. W. NICOLAJEW	844
A propos du traitement chirurgical de la démence précoce, par M. F. MOREL	844
Le choc prolongé dans le traitement insulinique de la schizophrénie et les résultats de cette thérapeutique à Riga, en Lettonie, par M. W. KRAULIS	845

XII^e RÉUNION DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ORGANISATIONS D'EUGÉNIQUE

(Schevetzingen, Pays-Bas, 15-20 juillet 1936)

Nouvelles directives pour une politique inspirée par l'hygiène raciale, par M. I.-A. MJOEN	845
Applications de l'hygiène raciale dans la politique de l'habitation en Thuringe, par M. ASTEL	845
Les nouvelles lois allemandes d'hygiène raciale envisagées au point de vue médical, par M. E. RÜDIN	845
Hygiène de l'hérédité dans la législation allemande, par M. RUTKE	846
La parenté hérédobiologique des différents degrés d'intensité de l'oligophrénie, par M. C. BRUGGER	846
Pronostic hérédologique empirique et études gémellaires en psychiatrie, par M. LUXENBURGER	846
Résultats et problèmes des études sur la gémellité en neurologie, par M. K. CONRAD	847
Des mutations chez l'homme, par M. E. HANHART	847
Recherches sur les jumeaux criminels et psychopathes, par M. STRUMPFEL	847
Transformations des races dues aux influences climatiques, par M. E. RODENWALDT	847
La loi norvégienne de stérilisation de 1934 et ses résultats pratiques, par M. K. HANSEN	847

SOCIÉTÉS

Pages

Société de Neurologie de Paris

<i>Séance du jeudi 3 juin 1937</i>	122
<i>Séance du jeudi 4 novembre 1937</i>	697
<i>Séance du jeudi 9 décembre 1937</i>	829

Société française de Psychologie

<i>Séance du jeudi 21 janvier 1937</i>	332
<i>Séance du jeudi 11 mars 1937</i>	333
<i>Séance du jeudi 22 avril 1937</i>	333

Société de Médecine légale de France

<i>Séance du lundi 13 décembre 1937</i>	832
---	-----

Société de Médecine mentale de Belgique

<i>Séance du samedi 29 mai 1937</i>	124
<i>Séance du samedi 23 octobre 1937</i>	700
<i>Séance du samedi 27 novembre 1937</i>	833

Société belge de Neurologie

<i>Séance du samedi 29 mai 1937</i>	125
<i>Séance du samedi 23 octobre 1937</i>	701
<i>Séance du samedi 27 novembre 1937</i>	834

Groupement belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales

<i>Séance du samedi 26 juin 1937</i>	334
--	-----

VARIÉTÉS

Hôpitaux psychiatriques :	Nominations	144, 418, 574,	867
—	—	Postes vacants	144, 418, 575,
—	—	Directeurs administratifs	144
—	—	Concours pour 20 postes de Médecin-chef des Hôpitaux psychiatriques	144

Hôpitaux psychiatriques :	Concours pour 7 postes de Médecin-chef des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine.....	145
— —	Bourse de voyage de l'Association Amicale des Internes et anciens Internes des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine.....	146, 420
— —	Nécrologie.....	418, 574
— —	Légion d'Honneur.....	418
— —	Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.....	418, 574
— —	Commémoration de la fondation de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle.....	419
— —	Concours pour un poste de pharmacien à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire.....	419
— —	Concours de l'Internat en Médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.....	419, 575
— —	Chirurgien des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.....	575
— —	Concours pour un poste de Médecin-chef du service de Psychiatrie de l'Hôpital civil d'Oran.....	576
Hygiène et Assistance :	Circulaire de M. le Ministre de la Santé publique, prescrivant la réorganisation de l'assistance psychiatrique départementale.....	577
Nécrologie :	Université de Moscou : M. le Professeur Wnoukoff.....	148
—	Université de Bucarest : M. le Professeur Obregia.....	420
—	Université de Poznan : Stefan Borowiecki (1881-1937).....	724
—	M ^{lle} C. Pascal (1877-1937).....	868
Réunions et Congrès :	Congrès se tenant en France au mois de juillet 1937.....	148
— —	Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale de la Faculté de Paris.....	148
— —	96 ^e Réunion annuelle de The Royal Medico-psychological Association.....	148
— —	Réunion annuelle de la Société des neurologistes et psychiatres allemands.....	420
— —	Réunion de la Société suisse de psychiatrie.....	420
— —	Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.....	580
— —	Centre Universitaire méditerranéen.....	580
Société Médico-Psychologique :	Séances du mois de juillet 1937.....	143
— —	Séances.....	417, 574, 723, 867
— —	Légion d'Honneur.....	143, 417, 723
Universités :	Paris : Rectorat.....	580
— —	Faculté de Médecine.....	580
— —	Copenhague : Faculté de Médecine.....	580

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

A

Acrodynie avec troubles mentaux (HEUYER et Mme Roudinesco), 829.
Addisonnienne (psychose). Traitement chloruré (A. Porot), 665.
Adie (syndrome d') et migraine (J. LHERMITTE et H. ESCHBACH), 697.
 —, maladie de Basedow et syndrome parkinsonien (J. LHERMITTE et H. ESCHBACH), 697.
Adolescence et médecine (R. Biot, J. Charrot, G. Cotte, A. Dufourt, H.-M. Fay, L. Jullien, J. Lacroix, J. Monchanin, G. Mouriquand, M. Péhu, N. Pende), 713.
Agnosie digitale et troubles psychiques (Raïssa Golant-Ratner), 201.
Alcooliques (délires) aigus. Etude biologique (R. BARGUES), 342.
Alcoolisation expérimentale (P. Tomesco et Alf. Dimolesco), 559.
Alcoolisme. Traitement des complications nerveuses par la strychnine (P. Cossa, H. Bougeaut et M. Puech), 352.
 —. Prophylaxie (Walter R. Miles), 383.
 — mental. Mesures législatives prophylactiques (Roger Mignot), 384.
 — et toxicomanie (Miss Doris Odlun), 860.
 —. Traitement par l'intolérance provoquée (E. Martimor et J. Maillefer), 865.
Aliénation (l'), tyrannie affective (Th. Simon), 508.
Aliéné (l'), l'asile, l'infirmier (Th. Simon), 715.
Aliénés (augmentation du nombre des) (J. Vié), 382.
Aliéniste (épisodes d'une longue carrière d') (L. A. Weatherly), 569.
Amour et perception des valeurs (Xirau), 332.
Amoureuse (pathologie de la vie) (S. Nacht), 713.

Analeptiques (la crise convulsive provoquée par les) (H. Bersot), 349.
Analyse mentale (l') en pratique médicale (A. Austregesilo), 137.
Anévrysme cérébral. Hémorragie sous-arachnoïdale (Fr. Thomas), 572.
Angine psychogène (R. Bilz), 137.
Anophtalmie congénitale (F. E. Finkelstein), 555.
Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypés d'allure pithiatique (H. Roger et J. Alliez), 348.
Anormaux devant la justice (van der Hoeven), 388.
 — délinquants et criminels. Protection sociale et assistance (Louis Vervaeck), 388.
Anxieux (états) (H. Claude et J. Lévy-Valensi), 848.
Aphasie chez les polyglottes (Minkowski), 548.
 — de Wernicke par intoxication oxy-carbonée massive (M. Faure-Beaulieu), 722.
Aphasiques (le chant chez les) (F. Baldi), 548.
Assistance des aliénés en Tunisie (Mareschal et Lamarche), 353.
 — psychiatrique (la législation comparée de l') (A. Courtois et R. Anglade), 386.
 — des psychopathes. Forme nouvelle (H. Claude et P. Rubenovitch), 387.
 — familiale des enfants anormaux à Gheel (Mme E. R. Jacobi), 404.
 — psychiatrique. Tendances actuelles en France et à l'étranger (Lionel Vidart), 716.
 — psychiatrique en Ukraine, 861.
Ataxie tabétique déclanchée par un choc moral (Mazhar O. Uzman), 351.
Ataxique (syndrome) progressif avec oligophrénie (Maere et Muylle), 702.
Attentat à la pudeur. Séquelles d'encéphalite et schizoidie (A. Teixeira, Lima et Fausto Guerner), 569.

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

B

- Barbiturique** (coma). Strychninothérapie (S. de SÈZE), 865.
- Basophilisme** hypophysaire (syndrome de) de Cushing (Pierre ALLIES), 416.
- Bégaïement** (HEUYER et KOPP), 399.
- Nature et traitement (Edouard PICHON et S. BOREL-MAISSONY), 856.
- Benzédrine**. Effets dans la pratique nerveuse et l'hypotonie végétative (Jacques DELMOND et René VERCIER), 323.

C

- Caféisme** cérébral. Formes cliniques (PRIVAT de FORTUNIÉ et BELFILS), 725.
- Caractère** (valeur de l'asymétrie faciale dans l'appréciation du) (PRÉAUT), 405.
- (troubles du) de l'adulte en psychiatrie médico-légale (J. DUBLINÉAU), 832.
- Cardiazol** (traitement par le) (L. von MEDUNA), 837.
- Convulsions produites chez le lapin (G. de MORSIER, F. GEORGI et E. RUTISHAUER), 842.
- Castration** (valeur de la) en droit criminel (Gerold LUTHY), 717.
- Catatonie** et catalepsie expérimentale (H. BARUK et PUECH), 309.
- expérimentale et lobe préfrontal (PUECH et H. BARUK), 319.
- coli-bacillaire. Recherches expérimentales (Umberto POPPI), 558.
- pure chez un jeune malade de 17 ans (M. BRISSOT et J. MAILLEFER), 632.
- Electrocardiographie (H. BARUK et RACINE), 831.
- Etude expérimentale (José Mariz de MORAES), 851.
- Céphalo-rachidien** (liquide). Réactions de Taccone et de Gorriz-Martinez (Pasquale COPPOLA), 560.
- — Réaction à l'acide sulfurique (I. IANSEN), 560.
- — Influence de la ponction lombaire sur la cytologie (N. J. NISSEN), 560.
- — Cellules éosinophiles (Oswaldo LANGE), 560.
- — Dynamisme du chimisme et régulation centrale végétative (I. V. LITVAK, T. F. FESSENKO et V. V. TCHERNIKOF), 564.
- Cérébelleuses** (atrophies) primitives (Noël PÉRON), 344.
- Chloruro-cristallisation** du liquide céphalo-rachidien ; — dans les maladies mentales non syphilitiques ;

- dans la paralysie générale ; —, ses aspects normaux (P. TOMESCO, I. COSMULESCO et Mlle F. SERBAN), 558, 559.
- Cholestérinose** généralisée. Forme cérébrale (Ludo van BOGAERT, Hans J. SHERER et Emile EPSTEIN), 854.
- Chorée** de Sydenham. Traitement par les injections de sulfate de magnésie (Marin Ramos CONTRERAS), 866.
- Choréiques** (les post-). Profil mental (M. SCHACHTER), 857.
- Circonvolutions** préfrontales (le rôle moteur homolatéral des) (A. ROQUIER), 351.
- Claude Bernard-Horner** (syndrome de) par lésion du thalamus (GARCIN et KIPFER), 830.
- Collapsus** ventriculaire cérébral post-traumatique (Ed. KREBS, P. PUECH et J. BRUNHES), 831.
- Collocation** (la), mesure souvent évitable (R. TITECA), 124.
- Coma** diabétique. Traitement (Raoul BOULIN), 566.
- Commotionnels** (syndromes post-) craniens. Taux d'incapacité (M. MUTEL et P. MICHON), 353.
- Concentration** (retentissement cardiovasculaire de la) (Mlle Th. BROUSSE), 333.
- Conduite** (types de) et réponses aux questions d'intelligence (Mlle ABRAMSON), 399.
- Confusion** mentale après injection de sérum antitétanique (LEDoux, DESRUELLES et GOMET), 678.
- Convulsivante** (thérapeutique) (P. VERSTRAETEN), 700.
- à la clinique psychiatrique de Berne (O. BRINER), 841.
- Convulsive** (maladie) causée par une hypoglycémie spontanée (H. KUHN), 563.
- Corps calleux** (tumeur du) (P. van GEUCHTEN), 334.
- (absence du) (A. REGIERER), 554.
- Corps strié** (cellules nerveuses du) (Carlo BERLUCCHI), 554.
- Crime** (le) impulsif interprété par les réflexes conditionnés (W. RIESE), 568.
- Crural** (neff). Troubles trophiques cutanés paralytiques (J. DAGNELIE), 834.
- « Cure bulgare » des troubles post-encéphalitiques (A. RAVINA), 566.

D

- Debiles mentaux**. Situation légale en Argentine (José BELBEY), 411.
- Débilité mentale**. Causes et premières manifestations (Erich STERN), 405.

—, cause de délinquance juvénile (CORBERI), 406 ; (M. C. I. C. EARL), 406 ; (Victor FONTÈS), 407 ; (Stefanescio GOANGA), 407 ; (Fahreiddin Kerim GÖKAY), 407 ; (HEALY), 407 ; (Alexander R. LURIA), 408 ; (A. MACÉ de LÉPINAY), 408 ; (POSTMA), 408 ; (URECHIA), 409 ; (VERMEYLEN), 409 ; (Paul VERVAECK), 409 ; (José BELBEY), 410 ; (A. C. PACHECO e SILVA et Leonido RIBEIRO), 410 ; (G. BERGMANN), 410 ; (M. DIDE), 410.

Délinquance juvénile. Facteurs concomitants (G. HEUYER et Mme S. HORINSON), 412.

Délinquants anciens expertisés (Z. WECHSLER), 570.

Démence précoce et tuberculose (M. DALKE), 561.

—, hypoglycémie, insuline, vitamine B₁ (V. DEMOLE), 838.

—, Traitement chirurgical (F. MOREL), 844.

—, Traitements modernes (Henri SCHAEFFER), 864.

Démences vésaniques (J. VIÉ et M. VIL-LEMEZ), 846.

Déments précoces (jumiaux) (Mlle S. ROUSSET et G. DAUMÉZON), 806.

Démutisation des enfants déficients (Mme Henriette HOFFER), 405.

Dessin (importance du) pour l'étude psychanalytique de l'enfant (Mme MORGENSTERN), 405.

Diathermie (emploi de la) dans les troubles nerveux (A. MUNIER), 352.

Dictionnaire médical des langues allemande et française (Paul SCHÖBER), 135.

Diencéphaliques (rôle des noyaux) dans la vie végétative et la vie psychique (A. SALMON), 719.

Douleur. Physiologie et pathologie générale (A. BAUDOUIN et H. SCHAEFFER), 354.

— d'origine centrale. Physiopathologie (George RIDDOCH et Macdonald CRITCHLEY), 357.

— (la) dans les affections organiques du système nerveux central (Raymond GARCIN), 358, 359.

— sympathique et douleur viscérale (AYALA), 361.

— (la) vue par un psychiatre (Noël PÉRON), 364.

—, Diagnostic. Médecine légale (O. CROUZON et H. DESOILLE), 365.

—, Neurochirurgie (René LERICHE), 365.

—, Roentgenthérapie (J. HAGUENAU et L. GALLY), 366.

— et émotion ; membre-fantôme (P. COURBON), 368.

— physique chez les psychopathes (P. COURBON), 368.

— (chirurgie de la) (René LERICHE), 413.

— (la) dans les maladies nerveuses organiques : nerfs périphériques (Jean DECHAUME), 542.

— (réflexes à la) et excitabilité neuro-végétative (Andrea ROMERO), 547.

Duchenne de Boulogne (Paul GUILLY), 132.

Dystrophies musculaires progressives. Traitement (J.-A. CHAVANY), 567.

E

Echinococcose hépatique (épisode confusionnel au cours d'une) (LAINEL-LAVASTINE, GALLOT, G. d'HEUCQUEVILLE et MIGNOT), 87.

Ecorce cérébrale. Surface et volume (P. NAYRAC et G. FOURNIER), 445, 581.

Ecriture cursive (Physiologie de l') (H. CALLEWAERT), 712.

— en miroir (Paul ABÉLY et M. RANCOULE), 768.

Education (méthodes d') selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant (Joseph-A. FRIEDJUNG), 400 ; (RABOVSKY-REVEZS), 401 ; (JADOT-DECROLY), 401 ; (E. MILLER), 401 ; (OMBRÉDANE), 401 ; (Fr. L. PATRY), 402 ; (Ar. H. RUGGLES), 402 ; (Ahmed SHAHINE), 402 ; (SCHROEDER), 402 ; (TRAMER), 403 ; (Benigno di TULLIO), 403 ; (Mme Claire Vogt-Popp), 403 ; (MALE), 403 ; (A. van WOORTHUYSEN), 404.

Emotion (l') en psychopathologie médico-légale (Roberto CIAFARDO), 568.

Encéphalite psychosique. Forme clinique (J. HAMEL et EBERT), 348.

Encéphalite épidémique. Altérations de l'instinct sexuel dans les formes tardives (Giovanni de NIGRIS), 549.

—, Formes tardissimes (Bruno SPAGNOLI), 549.

Encéphalographie gazeuse par voie lombaire (Th. de MARTEL et J. GUILLAUME), 721.

Endocriniens (troubles) dans les états d'excitation (Jean TUSQUES), 45, 274.

Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale (P. SAINTON, H. SIMONNET et L. BROUHA), 704.

Enfance anormale (législation de l') (G. VERMEYLEN), 375.

— (assistance de l') en Espagne (PRADOS SUCH et J. SOLIS), 411.

Enfance délinquante. Statistiques de Fresnes (Jacques ROUBINOVITCH), 411.

Enfant. Troubles de la psycho-motricité (SCHACHTER), 550.

Enfant criminel. Psychogénèse (FORTANIER), 411.

- Enurésie** chez l'enfant (M. REISS), 398; (E. WEIGL), 399.
- Ependymite** staphylococcique (Th. MARTEL et GUILLAUME), 699.
- Epilepsie** Bravais-jacksonienne, arachnoïdite fronto-pariétale traumatique (PERRIN, GRANDPIERRE, ROUSSEAU et CASTELAIN), 351.
- (courbe glycémique dans l') (Salvador di MAURO), 563.
- et paralysie générale (A. LEROY), 701.
- psychique toxique (G. AJZINMAN), 708.
- psychique post-traumatique associée à un syndrome d'amnésie continue (L. MARCHAND, Mme GAULTIER et R. STORA), 776.
- Epileptique** (le réflexe) (P. HARTENBERG), 720.
- (accès) provoqué par le courant électrique (L. BINI), 841.
- Epileptiques** (état mental des) (J. C. CAVALCANTI BORGES), 708.
- Traitement par la diète cétogène (Francisco LADARIA CALDENTEY), 865.
- Epileptoïdie** et pyromanie (R. PERSCH), 569.
- Epiphysaires** (troubles somatopsychiques post-encéphaliques prenant l'allure de syndromes) (SCHACHTER), 549.
- Erection** réflexe dans un cas d'hémiplégie infantile (André-THOMAS), 698.
- Erotomanie** homosexuelle masculine (Jean FRETET), 328.
- Esprit** (troubles de l'). Rôle de l'hérédité et de la constitution (KRETSCHMER), 379.
- Eugénique** et prophylaxie des maladies mentales (RÜDIN), 370.
- Excitation** (troubles endocriniens dans les états d') (Jean TUSQUES), 15, 274.

F

- Fatigabilité** (seuil de) chez les enfants (Georges SCHREIBER), 859.
- Fatigue** nerveuse. Symptômes d'alarme (L. MARCHAND), 552.
- printanière, psychonévrose et précarance en Vitamine C (V. DEMOLE), 567.
- Faux du cerveau** (calcification de la) (P. MARTIN), 702.
- Femme** (la), étude médico-psychologique (E. TÉCHOUEYRES), 852.

G

- Gall** et le problème des localisations cérébrales (W.-R. RIESE), 546.

- Gauchers** (troubles de l'intelligence et du caractère chez les) (Mlle V. KOVARSKY), 400.
- frustes (Ch. MIKULSKI), 722.
- Gémellaires** (études) en psychiatrie et pronostic hérédologique (LUXENBURGER), 846.
- Gémellité** en psychiatrie (K. CONRAD), 847.
- Génoscopolamine-bromure** (l'association) dans l'anxiété et l'excitation (C.-A. PIERSON), 862.
- Glioblastomatose** en plaques (H.-J. SCHERER), 835.
- Glycémie** (quotient d'abaissement de la). Sensibilisation à l'insuline (L.-P. FROSTIF, I. PERSYKO et H. PERSYKO), 843.
- Goûts** (test pour l'examen des) (Th.-F. BAUMGARTEN), 553.
- Grippe** (phénomènes autoscopiques au cours de la) (Paul SIVADON), 245.
- Guérison** (mécanisme de la). Le point de vue du malade (H. TRUEB), 128.

H

- Hallucination** et champ visuel (Ferdinand MOREL), 742.
- Hallucinations** olfactives prédominantes au cours d'un accès délirant (J. VIÉ et SOURIAU), 79.
- Pathogénie (Th. SIMON), 93.
- visuelles différenciées tardives chez une femme aveugle depuis plus de 20 ans (J. TRILLOT et CARLET-SOULAGES), 109.
- consécutives aux lésions pédonculaires en foyer (J. LHERMITTE et A. BINEAU), 829.
- Hallucinatoire** (psychose) chronique. Anatomie pathologique (Ch. LADAME et F. MOREL), 556.
- Hallucinatoires** (psychoses) chroniques. Nosographie (Charles-Henri NODET), 850.
- Halluciné** (le sentiment de non création personnelle chez l') (Xavier ABÉLY), 495.
- Hématologie** dans les psychoses (H. C. BEECLE), 562.
- Hématoporphyrine** (traitement des psychoses dépressives par l') (Leslie R. ANGUS) (D. Louis STEINBERG), 863.
- Hémianesthésie** hystérique. Etude électro-encéphalographique (J. TITECA), 347.
- Hérédité** (hygiène de l') dans la législation allemande (RUTTKE), 846.
- dans les maladies psychiques (S. BOROWIECKI), 858.
- Héroïnomanie** en Tunisie (M. MARESCHAL), 349.

- Hérophile** (d') à Galien (A. SOUQUES), 718.
- Hôpital Henri-Rousselle.** Le service d'observation (Roger DUPOUY et H. PICHARD), 386.
- Hormones** (rôle des) génitales sur le psychisme du chien (P. COMBEMALE), 347.
- Huile soufrée** (injections d') dans les maladies mentales (J. TRILLOT), 352.
- Humanisme et Biologie** (E. TOULOUSE), 557.
- Hygiène mentale.** Organisation en Meurthe-et-Moselle (J. PARISOT et P. MEIGNANT), 353.
- Bases scientifiques (André RÉPOND), 370.
- dans l'éducation familiale (Corrado TUMIATI), 373.
- à l'Ecole et à l'Université (Gonzalo BOSCH), 374.
- de l'adolescent (W. Mc. HARROWES), 375.
- à Baltimore (Miss Ruth E. FAIRBANK), 376.
- Enseignement (Tom. A. WILLIAMS), 376.
- dans le développement de la personnalité (Ernest M. LIGON), 376.
- du travail intellectuel (Charles S. MYERS), 376.
- dans l'orientation professionnelle (J. M. LAHY), 377.
- et urbanisme (LÉVI-BIANCHINI), 377.
- (formation du personnel auxiliaire des organisations d') (J. SOBRAL-CID), 385.
- et Prophylaxie mentale en Roumanie (PREDA), 386.
- et assistance publique de Mexico (Al. MILLAN), 387.
- Propagande, 391.
- et psychothérapie du point de vue religieux (Gonzalo R. LAFORA), 359.
- Hygiène raciale** (politique de la population inspirée par l') (I.-A. MJOEN), 845.
- appliquée à la politique de l'habitation en Thuringe (ASTEL), 845.
- (nouvelles lois allemandes d') (E. RÜDIN), 846.
- Hyperinsulinémie** provoquée (troubles cérébraux dans l') (G. de MORSIER et H. BERSOT), 840.
- Hyrerostose frontale interne, démence, lipomatose symétrique, troubles infundibulaires** (Xavier ABÉLY et Jacques DELMOND), 225.
- Hypertension artérielle** (variété particulière d') (J. DEREUX), 122.
- Hypnose, psychisme et pression sanguine** (Berthold STOKVIS), 711.
- Hypoglycémique** (traitement) des psychoses. Nature et genèse (M. SAKEL), 837.
- (choc) dans la schizophrénie. Physiologie (BEIGLBÖCK et DUŠÍK), 837.
- (choc). Le réveil (Ch. PALISA et A. FLACH), 839.
- (état). Auto-observation (E. KÜPPERS), 843.
- Hypophysaire** (neurocrinie) (R. COLLIN), 349.
- Hystérie.** Rapports avec la schizophrénie (Henri CLAUDE), 1, 241.
- , schizophrénie, pithiatisme et simulation (P. COURBON), 268.
- (épidémie d') religieuse infantile (L. STERLING), 720.
- Hystérique** (accident) et substratum mental (Jules FROMENT), 265.

I

- Impuissance virile** des nouveaux mariés (P. HARTENBERG), 862.
- Incorporation** des recrues. Point de vue neuro-psychiatrique (B. POMMÉ), 345.
- Infirmier** des hôpitaux psychiatriques (Frantz ADAM), 715.
- Infirmières** d'hygiène maternelle et infantile (W. MORGENTHAU), 716.
- Instables** (niveau intellectuel et raisonnement des) (J. ABRAMSON), 40.
- (aptitudes intellectuelles spéciales chez les) (Jadurga ABRAMSON), 603.
- Insuline** (traitement des psychoses par l') (G. BYCHOWSKI, M. KACZYNSKI, C. KONOPKA et K. SZCZYTT), 141 ; (N. BENO), 842.
- (psychoses du type démence précoce traitées par l') (LAURENT et RONDEPIERRE), 534.
- Action cérébrale. Recherches expérimentales (A. STIEF et L. IOKAY), 538.
- et appareil circulatoire (W. HADORN), 839.
- Histophysiologie (H. E. SCHMID), 840.
- Insulinique** (choc) léger comme moyen hypnotique et analgésique (J. WĘGIERKO), 141.
- (choc). Recherches histopathologiques (F. ACCORNERO), 840.
- (choc) et glycémie vraie (R. FREUDENBERG), 840.
- (choc) et choc analeptique chez le lapin (V. DEMOLE et H. BERSOT), 840.
- (rémissions par le traitement) (L. PRESS), 843.
- (traitement par le choc prolongé) de la schizophrénie à Riga en Lettonie (W. KRAULIS), 845.
- Insuliniques** (chocs) répétés chez l'animal. Altération gliale (Vladimir NICOLAJEW), 844.

- Insulinothérapie** de la schizophrénie (MUELLER), 836; (I. P. FROSTIG), 842; (M. MARZYNSKI), 843.
 — et convulsions (F. GEORGI), 838.
 — à la clinique neuropsychiatrique de Rome (F. ACCORNERO et L. BINI), 842.
 — en Angleterre (PULLAR-STRECKER), 843.
 — des psychoses selon la méthode de Sakel en Amérique (I. WORTHIS), 844.
 —. Pronostic et mécanisme (V. NICOLAJEW), 844.
Intelligence (échelle d') Pintner-Paterson (G. PREDA et S. CUPCEA), 412.
Internements évitables (Charles CAUSÉ), 139.
Intoxication oxy - carbonée (Pierre KLOTZ), 857.

J

- Jactation** (syndrome de la) chez les enfants (K. MUSTAFA), 550.
Jeunesse (attitude antisociale de la) et prévention (Tom A. WILLIAMS), 375.
Jumeaux criminels et psychopathes (STRUMPFL), 847.

K

- Kleptomanie** (Leo DEUTSCH), 569.
Korsakoff (psychose de) après intoxication par l'héroïne (A. RÉFOND), 684.
 — (syndrome de) au cours du rhumatisme articulaire aigu (CAPGRAS, J. LHERMITTE, AJURIAGUERRA et DOUSSINET), 794.

L

- Landry** (syndrome de) syphilitique; guérison thérapeutique (H. ROGER, J. PAILLAS et J. VAGUE), 352.
Leuco-encéphalomyélites expérimentales (Art. DONAGGIO), 350.
Lipoides (injections intra-rachidiennes de) dans le traitement des maladies mentales (E. BROGGI), 862.
Lipomatose symétrique. Syndrome de la queue de cheval. Guérison par injection sous-occipitale de lipiodol (E. HERMAN), 567.
Lobe préfrontal (syndrome du) (L. HALPERN), 515.
Lobes frontaux. Physiologie (Jean TITECA), 515.

M

- Macula** (faisceau de la) dans les radiations optiques (Adolf JUBA), 556.
Malade mental (le) en Amérique (Albert DEUTSCH), 705.
Malades mentaux. Traitement dans divers pays d'Europe (Fr. NYSSSEN), 124.
Maladies mentales. Expérimentation et traitement (François KLEIN), 856.
Malariathérapie dans la paralysie générale (A. CUCCHI), 863.
Manganèse (intoxication professionnelle par le) (Paul LEJEUNE), 714.
Maniaco-dépressive (psychose). Thérapeutique convulsivante (P. VERSTRAETEN), 654.
Manie (Interréactions hypophyso-thyroidiennes et hypophyso-ovariennes dans la) (X. et P. ABÉLY), 286.
Mariage (nullité du) et impuissance sexuelle (E. A. BENNETT), 573.
Médecine légale. Diagnostic et technique. L'autopsie (H. MERKEL et K. WALCHER), 139.
Mémoire (troubles de la) post-traumatique (Mlle S. ROUSSET et G. DAUMÉZON), 840.
Méningiome intracrâniels (CHRISTOPHE et DIVRY), 126.
 — de la petite aile du sphénoïde (PERRIN, H. KISSEL, ROUSSEAUX et CASTELAIN), 351.
Méningite à Torula (de BUSSCHER, SCHERER et THOMAS), 335.
Méningites (Intégrité cellulaire dans les liquides rachidiens des) (A. ESTRADA), 561.
Mentionner (le signe du) (H. ROGER et J. PAILLAS), 699.
Méthode (la) et l'homme (W. MORGENTHALER), 129.
Microcéphale (fœtus). Aphasies cranio-facio-encéphaliques (Georg ILBERG), 555.
Mimique (troubles de la) chez le catatonique et chez le Wilsonien (H. BARUK et LEMEUNIER), 545.
Moelle épinière (la vie sans) (Roger MORVAN), 133.
Moi corporel (l'image du) et ses déformations pathologiques (Jean LHERMITTE), 719.
Mongolisme infantile (problème obstétrical du) (M. PÉHU et A. BROCHIER), 549.
Monstres (les). Nature, causes et différences (François MOUSSAY), 140.
Morphine (le problème de l'accoutumance expérimentale à la) (R. CAHEN), 384.
Morpho-psychologie (L. CORMAN), 710.
Mutations chez l'homme (E. HANHART), 847.

Myasthénie. Traitement par la prostigmine (E. SCHNEIDER), 567.
 — (la prostigmine dans la) (LARUELLE et MASSION), 698.
 —. Syndrome hémorragique terminal (ALAJOUANINE, HORNET et MORAX), 832.
Myokymie (L. van BOGAERT et J. RADERMECKER), 835.

N

Nerfs périphériques (tumeurs des) et cellules de Schwann (Percival BAILEY), 701.
Neurologiques (études). Myoclonies, maladie de Friedreich. Pathologie du névraxe (Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET), 131.
Neurone (théorie du) (E. NIESSL von MAYENDORF), 557.
Neuro-fibrilles endocellulaires. Coloration (Art. DONAGGIO), 349.
Neuro-psychiatrie infantile et neuro-psychologie (Gilbert ROBIN), 399, 550.
Neuro-végétatif (système) dans les syndromes mentaux. Emotions et psycho-névroses (Giorgio GIORGI), 546.
Névralgie faciale secondaire. Radicotomie rétro-gassérienne (J. HAGUENAU et A. SICARD), 831.
Névraxite ourlienne (lésions de la) (V. de LAVERGNE, P. KISSEL et H. ACCOYER), 350.
Névrologie (étude de la). Méthode de D. Anglade (R. ANGLADE, M. ROUGEAN et P. ROYER), 800.
Névrologie (terminaison de la fibre) (LHERMITTE et BERTRAND), 699.
Névrose d'angoisse par varicocèle (Antonio SICCO), 720.
Névroses et conditions contemporaines culturelles et sociales (M. MINKOWSKI), 718.

O

Obsédés (le sympathique des) (Laignel-LAVASTINE), 833.
Obsessionnel (syndrome) pur symptomatique d'une involution sénile (Laignel-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et H. MIGNOT), 542.
Cedème cérébral traumatique (P. PUECH et Ed. KREBS), 699.
Oligophrénie (parenté hérédobiologique des divers degrés d') (C. BRUGER), 846.
Optique (tractus). Terminaison réelle de la racine interne (Giovanni BRUGI), 556.

P

Paget (maladie de). Compression médullaire (J. HAGUENAU et A. SICARD), 830.
Paralysie périodique et psychose périodique (H. BARUK et POMMEAU-DELILLE), 831.
Paralysie générale en Tunisie (MARESCHAL et CHAURAND), 349.
 — chez la fille, puis chez la mère (POROT, BARDENAT et SUTTER), 674.
 — juvénile à début épileptique (H. ROGER et J. ALLIEZ), 687.
 —. Réaction artériotensionnelle à la douleur (R. NYSSSEN, R. BUSSCHAERT et L. ALAERT), 700.
 — traitée par la Malaria (gommages du cerveau au cours de la) (Julien DRETIER), 758.
Paralysies générales infantiles (M. BRISSET et J. MAILLEFER), 780.
Paralytique général (précisions chronologiques sur le début d'un délire hallucinatoire chez un) (J. VIÉ et M. CARON), 74.
Paralytiques généraux (troubles psychiques chez les) sérologiquement guéris (B. DUJARDIN et G. VERMEYLEN), 469.
 — en rémission (Jean FORTINEAU), 707.
Parkinson (maladie de) familiale et hérédité similaire (DELLAERT, R. NYSSSEN et L. van BOGAERT), 126.
Parkinsoniens post-encéphalitiques. Temps de réaction (P. MICHON, P. LEIGHTMANN et H. RENAUDIN), 350.
 — (syndromes) et traumatismes (J. HAMEL et P. MICHON), 351.
 —. Etat mental (Witold AUBRUN), 851.
Parkinsonisme. Traitement par l'extrait de racine de belladone (URBINO), 125.
 — encéphalitique. Pathogénie des crises oculogyres (Filippo CARDONA), 548.
 — post-encéphalitique. Méthode de Roemer et cure bulgare (NOTO), 866.
Parole (troubles de la) et troubles de la motricité (Mme Hélène KOPP), 550.
 — (dynamisme de la) (Amedeo RICCI), 553.
Patronage médico-pédagogique pour l'enfance difficile (MINKOWSKI et POLNOW), 405.
Pénitentiaire (système) en Europe (Léon BELYN), 571.
Perception. Influence du choc insulinaire (L. BENEDEK), 133.
 — visuelle chez les aliénés. Etude expérimentale (L. JONASIU, C. LONGU, S. IOSIF et S. CUPCEA), 552.

- Personnalité sociale (les troubles de la) (Pierre JANET), 149, 421.
- Pleurs de sang au début de l'accès épileptique (Jean PICARD), 824.
- Poisons (commission des) (H. N. LINSTAD), 861.
- Polioencéphalite de Wernicke avec délire hallucinatoire d'origine éthylique (H. ROGER, J. PAILLAS et P. LAVAL), 694.
- Poliomyélites (cure des) (E. TERRIEN), 866.
- Polynévrite consécutive à l'ingestion d'apiol (ALAJOUANINE et HORNET), 123.
- Polynévrites. Atteinte des cellules radiculaires antérieures de la moelle (Francesco VIZIOLI), 536.
- non-alcooliques associées au syndrome de Korsakoff (L. MINSKI), 722.
- Polyradiculonévritique (syndrome) de Guillain et Barré (LARUELLE et MASSION), 703.
- Présénilité. Psychose et artériosclérose cérébrale à forme mentale (L. MARCHAND et G. DEMAY), 646.
- Prophylaxie criminelle (CEILLIER, SCHIFF et Mlle BADONNEL), 337.
- criminelle juvénile (Mlle BADONNEL), 337.
- criminelle en dehors de la prison (Paul SCHIFF), 338.
- criminelle pénitentiaire (André CEILLIER), 339.
- des maladies nerveuses et mentales d'origine toxi-infectieuse (L. MARCHAND), 380.
- des délits et des crimes (Olof KINBERG), 387.
- des troubles mentaux. Recherches scientifiques urgentes (Aug. WIMMER), 391.
- Prophylaxie mentale (organisation d'un centre de) (ALEXANDER), 385.
- Protubérantiell (syndrome) avec myoclonie du voile homolatérale (GARCIN et FAURE-BEAULIEU), 830.
- Psychanalyse. Essence et possibilités thérapeutiques (G. BYCHOWSKI), 552.
- Psychiatrie (tendances actuelles de la) dans les pays scandinaves (H. HELWEG), 482.
- et hygiène mentale (ROCHA filho), 707.
- (introduction à la) (Plinio OLINTO), 849.
- Psychiatrie infantile. Bases neuro-physiologiques (WALLON), 393.
- (des réflexes conditionnels en) (J. DUBLINEAU), 393; (GEMELLI), 394; (GESELI), 394; (IBRAHIM), 395; (ISCHLONDSKY), 395; (JONESCO-SISESTI, KREINDLER, MARINESCO), 395; (H. de JONG), 396; (MEIGNANT), 396; (PEI-
PER), 396; (Carlo de SANCTIS), 397; (WINTSCH), 397.
- Psycho-encéphalite; accidents convulsifs suivis de bouffées délirantes (POROT et BARDENAT), 669.
- Psychologie. L'année psychologique (Henri PIÉRON), 135.
- expérimentale et types constitutionnels de Kretschmer (J. P. BRAAT), 551.
- Psychologisme et logique aristotélicienne (Ch. SERRUS), 333.
- Psychopathies familiales. Importance des visites à domicile (R. DUPOUY et G. DAUMÉZON), 221.
- Psychopathiques (syndromes) avec polyradiculonévrites et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien (G. PETIT), 349.
- Psychose périodique. Traitement par le sérum humain épivecteur (Pierre DOUSSINET et Mlle EL. JACOB), 523.
- réactionnelle à forme de délire de compensation (Paul COURBON et Maurice LECONTE), 636.
- Psychosynthèse. Principes et exemples (A. J. KIEWIET de JONGE), 127.
- Psychothérapie. Applications pratiques (C. G. JUNG), 129.
- Puissance paternelle (déchéance de la) et niveau mental (Mlle BONNIS), 411.
- Pyrétothérapie. Contrôle de la méthode (Art. DONAGGIO), 349.
- des maladies mentales (Henri ROGER), 863.

Q

Quadruplégie progressive (P. van GEHUCHTEN), 125.

R

Races (transformations des) dues aux influences climatiques (E. RODEXWALDT), 847.

Réflexe radio-fléchisseur (P. MICHON), 350.

Réflexes conditionnels chez l'homme (Henri SCHAEFFER), 719.

— conditionnés et psychologie moderne (W. DRALOVITCH), 853.

Résistance (la) dans les psychonévroses (Gregorio BERMAN), 862.

« Responsabilité atténuée » (la notion de) (L. KORZENIOWSKI), 568.

Rétention d'urine par lésion de la moelle sacrée. Essai thérapeutique (MARCHAL et DESENFANS), 703.

Rêve (du) au délire (Charles BERTHIER), 134.

S

- Sang** (régulation de la composition du) par les centres végétatifs (V. P. BESOUGLOV, J. M. PAVLONSKY, T. F. FESSENKO, V. V. TCHERNIKOF et V. V. ERMICH), 564.
- Sanguins (groupes). Répartition dans les maladies mentales** (A. LEISCHNER), 562.
- Applications médico - légales (Laurence H. SNYDER), 571.
- Schizoïde** (confusion) à base hyper-surrénalémique (E. de SMED), 700.
- Schizophrènes traités par l'insuline.** Changements hématologiques (J. TRACZYNSKI), 563.
- (glycémie des). Influence de l'adrénaline (SCHULZE-BÜNTE), 563.
- Schizophrénie** (rapports de l'hystérie avec la) (Henri CLAUDE), 4, 241.
- Traitement par la méthode de Sakel (E. MIRA), 141.
 - Traitement par l'insuline (J. BORYSOWICZ, J. PARADOWSKI, J. ROSE, St. WITEK et W. ZALEWSKI), 142 ; (BORYSOWICZ et M. MARZYNSKI), 142 ; (A. RULKOWSKI), 142 ; (J. FROSTIG, J. KISTER, A. MANASSON et Vl. MATTECKI), 142.
 - Traitement par la leucotomie pré-frontale (Egas MONIZ et Diego FURTADO), 298.
 - Mécanisme de l'action curative de l'insuline et du cardiazol (H. BERSOT), 348.
 - chez les enfants (J. Louise DESPERT), 398.
 - Traitement par le choc insulinique (A. von BRAUNMÜHL), 565 ; (Zoltan V. PAP), 566 ; (J. KOPICZ et T. BILIKIEWICZ), 864.
 - Mode d'action de l'insuline et du cardiazol (H. BERSOT), 659.
 - Insulinothérapie (MUELLER), 836.
 - Perméabilité de la barrière hémoméningée et choc insulinique (W. M. FORSTMAYER), 840.
 - Thérapeutiques (F. HUMBERT et A. FRIEDMANN), 841.
 - Traitement par le sommeil prolongé et les agents physiques à la clinique psychiatrique de Berne (F. IENNY), 841, 842.
 - Organisation des nouveaux traitements (H. ROEMER), 843.
 - Traitement par l'hypoglycémie insulinique, méthode de Sakel (Ewen CAMERON et R. G. HOSKINS) (K. DUSIK) (A. KRONFELD et E. STERNBERG), 844.
 - Méthode thérapeutique de Boschi (L. CABITTO), 864.
 - Traitement par les convulsions épileptiques (S. GULLOTTA), 864.
- Schizophrénies.** Traitement par la narcose prolongée (M. MONNIER), 565.
- Troubles neurovégétatifs et thérapeutiques actuelles (O. PFISTER), (H. WESPI), 839.
- Sclérose en plaques** (figurés parasitaires dans la) (P. GUIRAUD), 350.
- Recherches expérimentales (Ihasan SCHÜKRÜ), 562.
 - avec iléus spasmodique (SCHAEFFER et ARMINGEAT), 830.
- Sclérose latérale amyotrophique** (syndrome de) avec érythémie (BAUDOUIN et ROSIER), 829.
- Scléroses bulbaires** (diagnostic radiologique de la dysphagie paralytique dans les) (J. JACQUES), 350.
- Sensitives** (fonctions) et leurs troubles (H. BRUNSCHWEILER), 547.
- Sexualité et hygiène mentale** (J. M. SACRISTAN), 372 ; (J. HYNIE), 372.
- infantile (E. HARMS), 552.
- Sociales** (conditions). Leur rôle dans la genèse des troubles mentaux (E. MIRA), 381.
- Société Médico-Psychologique.** NOMINATIONS. *Membres correspondants nationaux* : CHATAGNON, Mme COLLET, 93. GARDIEN, PIERSON, P. PUECH, 494. Louis ANGLADE, DAUMÉZON, Mme CROZET, DOUSSINET, 653. ROYER, 793.
- Membres associés étrangers* : G. ASCHAFENBURG, St. BAILEY, J. BELBEY, K. H. BOUMAN, D. G. da Silva Alves FURTADO, J. GARAFULIC, E. KRETSCHMER, Hans W. MAIER, MARINESCO, Adolf MEYER, Fr. MEYERS, Al. MILLAU, H. de MIRANDA, J. H. PAMEYER, S. RAMIREZ MORENO, J. R. REES, E. RÜDIN, M. A. SBARBI, SOBRIAL CID, En. STUMPER, WIGERT, 237. BEIJERMAN, de MORSIER, GAROPHALIDÈS, 653. — *Membre titulaire honoraire* : CALMELS, 652.
- Décès de Mlle PASCAL.
 - Assemblée générale : Rapport de la Commission des Finances, 789. — Rapport du Secrétaire général, 790. — Election du Bureau pour 1938, 791. — Bureau pour 1938, 793. — Conseil d'Administration, 793. — Commission des Finances, 793. — Prix, 793.
- Statistique** (unification de la) internationale (H. BERSOT), 389.
- Statistiques.** Unification dans les établissements d'assistance psychiatrique (DESRUÉLLES), 390.
- Steinert** (maladie de). Cas fruste (André-THOMAS et J. AJURIAGUERRA), 123.
- Stérilisation eugénique** (lois de) et résultats (HOWARD et C. TAYLOR), 372.
- (loi norvégienne de) de 1934 (K. HANSEN), 847.

Strychno-barbiturique (le complexe) (V. de LAVERGNE et P. KISSEL), 865.

Subordination (la notion de) dans l'interprétation du fonctionnement du système nerveux (Pierre MOLLARET), 855.

Suggestion hypnotique (influence de la) sur les fonctions végétatives (Henry MARCUS et E. SAHLGREN avec Folke KIMMARK), 557.

Suicide (récidive de tentative de) chez un ancien mélancolique uxoricide par négligence familiale (P. COURBON et J. CHAPOULAUD), 231.

— Prophylaxie individuelle et sociale (D. K. HENDERSON), 383.

— Prophylaxie (James FERRAZ ALVIN et Alfredo ELLIS jr.), 859.

Sympathique cervical postérieur (syndrome) post-traumatique (G. DEVÈZE), 416.

Syndromes périodiques en dehors des états maniaques-dépressifs (Mlle Y. GÉVAUDAN), 415.

Système nerveux. Précis d'anatomophysiologie normale et pathologique (Jean LHERMITTE, Pierre MASQUIN et J.-O. TRELLES), 130.

T

Tabes (la crise gastrique du), crise hypochlorémiant (Léon BINET et Jean PARROT), 562.

Tay-Sachs (maladie de) (M. BIRO), 858.

Tests diagnostiques dans le domaine du normal et du pathologique (Ch. BÜHLER), 397.

— moteurs d'orientation professionnelle en psychiatrie infantile (BAILLE), 399.

Tétanos (hyperpolypeptidémie au cours du) (Henri WAREMBOURG et Jules DRIESSENS), 562.

Thalamo-corticales (connexions). Recherches anatomo - expérimentales (A. de HAENE), 553.

Thérapeutique (l'année) (A. RAVINA), 717.

Toxicomanies (lutte contre les) (G. BONVICINI), 382.

Traumatismes périphériques; hémorragies sub-durales (MAZHAR O. UZMAN), 352.

— crano-encéphaliques. Séquelles psychiques (O. LOUBET), 571.

— Séquelles nerveuses organiques tardives (Alfred GORDON), 572.

Traumatismes cérébraux (mouvements athétosiques et hyperesthésies complexes dans les) (J. RADERMECKER), 335.

Tremblement intentionnel avec dysarthrie du type paralysie générale (ALAJOUANINE et THUREL), 123.

Troubles psychonévrotiques (cycle des) des générations successives (A. W. HACKFIELD), 398.

Tuberculeuses (localisations viscérales). Phénomènes de balancement psycho-somatique (CHRISTY), 348.

— (psychasthénie et neurasthénie) (Pierre MAS), 709.

Tumeur latéro-bulbaire. Evolution (RADERMECKER), 126.

— cranienne (MAGE), 334.

— à évolution rapide. Troubles moteurs sans signes d'hypertension intracrânienne (L. MARCHAND et R. DUPOUY), 351.

— parvicellulaire se propageant dans les espaces de Virchow-Robin (J. MAGE), 702.

Tumeurs du 3^e ventricule. Forme korsakowienne (J. LHERMITTE, DOUSSINET et AJURIAGUERRA), 698.

Tumeurs cérébrales. Pathologie (N. V. SAMOUCHIN), 721.

U

Unité (à la recherche de l'), essais de philosophie scientifique et médicale (E. TÉCHOUËYRES), 136.

V

Vaccinations. Délire aigu consécutif terminé par la mort (J. TRILLOT), 447.

Ventriculographie (Jean E. PAILLAS), 721.

Vestibulaires (troubles) dans une compression médullaire cervicale (J. HELSMOORTEL et L. van BOGAERT), 335.

Visites (service des) à domicile (R. DUPOUY, A. BELEY et G. DAUMÉZON), 389.

Vitamine A (rôle de la) dans la valeur de la chronaxie motrice (L. ESPY), 415.

Vitamines C dans le système nerveux (F. PLAUT et M. BÜLOW), 561.

Vocation, instinct et structure corporelle (D. BARGLOWSKI), 551.

Z

Zona et radiothérapie (L. GAUTRAND et J.-A. HUET), 866.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

- ABÉLY (Paul). *Discussion*, 275, 285, 635.
— et RANCOULE (M.). L'écriture en miroir, 768.
ABÉLY (Xavier) et DELMOND (Jacques). Hyperostose frontale interne, 225.
— *Discussion*, 234, 278, 683.
— et ABÉLY (Paul). Les interréactions hypophyso-thyroïdiennes et hypophyso-ovariennes dans la manie, 286.
— Le sentiment de non création personnelle chez l'halluciné, 495.
ABRAMSON (Mlle). Le niveau intellectuel et le raisonnement des instables, 40.
— Les types de conduite et les réponses aux questions d'intelligence, 399.
— Les aptitudes intellectuelles spéciales chez les instables, 603.
ACCORNERO (F.). Recherches histopathologiques expérimentales sur le choc insulinaire, 840.
— et BINI (L.). L'insulinothérapie à la clinique neuropsychiatrique de Rome, 842.
ACCOYER (H.). V. *Lavergne*.
ADAM (Frantz). L'infirmier des hôpitaux psychiatriques, 715.
AJURIAGUERRA, V. *Thomas*.
— V. *Lhermitte*.
— V. *Capgras*.
AJZINMAN (G.). L'épilepsie psychique toxique, 708.
ALAERT (L.). V. *Nyssen*.
ALAJOUANINE et HORNET. Polynévrite consécutive à l'ingestion d'apiol, 123.
— et THUREL. Tremblement intentionnel avec dysarthrie du type paralytique générale, 123.

- , HORNET et MORAX. Syndrome hémorragique terminal dans la myasthénie, 832.
ALEXANDER. Organisation d'un centre de prophylaxie mentale, 385.
ALLIÈS (Pierre). Le syndrome de basophilisme hypophysaire de Cushing, 416.
ALLIEZ (J.). V. *Roger*.
ANGLADE (Roger). V. *Courtois*.
—, ROUGEAN (M.) et ROYER (P.). La méthode de D. Anglade pour l'étude de la névroglie, 800.
ANGUS (L.-R.). Traitement des psychoses dépressives par l'hématoporphyrine, 863.
ARMINGEAT. V. *Schaeffer*.
ASTEL. L'hygiène raciale dans la politique de l'habitation en Thuringe, 845.
AUBRUN (W.). Etat mental des parkinsoniens, 851.
AUSTREGESILLO (A.). L'analyse mentale en pratique médicale, 137.
AYALA. Douleur sympathique et douleur viscérale, 361.

B

- BADONNEL (Mlle). V. *Ceillier*.
— La prophylaxie criminelle juvénile, 337.
BAILEY (Percival). Les cellules de Schwann et les tumeurs des nerfs périphériques, 701.
BAILLE. Tests moteurs d'orientation professionnelle en psychiatrie infantile, 399.

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS au Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

- BALDI (F.). Le chant chez les aphasi-
ques, 548.
- BARDENAT. V. *Porot*.
- BARGLOWSKI (D.). Vocation, instinct et
structure corporelle, 551.
- BARGUES (R.). Etude biologique des dé-
lires alcooliques aigus, 342.
- BARUK (H.). *Discussion*, 251, 282, 658.
- et PUECH. Catatonie et catalepsie
expérimentale, 399.
- V. *Puech*.
- et LEMEUNIER. Etude comparative
et différentielle des troubles de la
mimique chez le catatonique et chez
le Wilsonien, 545.
- et RACINE. L'électrocardiographie
dans la catatonie, 831.
- et POMMEAU-DELILLE. Paralyse pé-
riodique et psychose périodique, 831.
- BAUDOUIN (A.) et SCHAEFFER (H.). Phy-
siologie et pathologie générale de la
douleur, 354.
- et ROSIER. Syndrome de sclérose
latérale amyotrophique avec érythré-
mie, 829.
- BAUMGARTEN (Th.-F.). Un test pour
l'examen des goûts des enfants et
des adultes, 553.
- BEECLE (H. C.). L'hématologie dans les
psychoses, 562.
- BEIGLBÖCK et DUSSIK. Physiologie du
choc hypoglycémique dans la schizo-
phrénie, 837.
- BELBEY (José). La débilité mentale,
cause de délinquance juvénile, 410.
- Situation légale des débilés men-
taux en Argentine, 411.
- BELEY (A.). V. *Dupouy*.
- BELFILS. V. *Prinat de Fortunié*.
- BELYM (Léon). Le système pénitentiaire
en Europe, 571.
- BENEDEK (L.). Influence du choc insu-
linique sur la perception, 133.
- BENO (N.). Traitement de psychoses par
l'insuline, 842.
- BENNETT (E. A.). Nullité du mariage et
impuissance sexuelle, 573.
- BERLUCCHI (Carlo). Nouvelles recher-
ches sur les cellules nerveuses du
corps strié, 554.
- BERMANN (G.). La débilité mentale,
cause de délinquance juvénile, 410.
- La résistance dans les psychoné-
vroses, 862.
- BERSOT (H.). Mécanisme de l'action cu-
rative de l'insuline et du cardiazol
dans la schizophrénie, 348.
- La crise convulsive provoquée par
les analeptiques, 349.
- Unification de la statistique psy-
chiatrique internationale, 389.
- Mode d'action de l'insuline et du
cardiazol dans la schizophrénie, 659.
- V. *Morsier*.
- V. *Demole*.
- BERTHIER (Charles). Du rêve au délire,
134.
- BERTRAND. V. *Lhermitte*.
- BESOUGLOV (V. P.), PAVLONSKY (J. M.),
FESSENKO (T. F.), TCHERNIKOF (V.
V.) et ERMICH (V. V.). La régulation
de la composition du sang par les
centres végétatifs, 564.
- BILIKIEWICZ (T.). V. *Kopiecz*.
- BILZ (R.). Angine psychogène, 137.
- BINEAU (A.). V. *Lhermitte*.
- BINET (Léon) et PARROT (Jean). La
crise gastrique du tabès, crise hypo-
chlorémiant, 562.
- BINI (L.). Accès épileptique provoqué
par le courant électrique, 841.
- V. *Accornero*.
- BIOT (R.), CHARRAT (J.), COTTE (G.), DU-
FOURT (A.), FAY (H.-M.), JULLEN (L.),
LACROIX (J.), MONCHANIN (J.), MOURI-
QUAND (G.), PÉHU (M.) et PENDE (N.).
Médecine et adolescence, 713.
- BIRO (M.). La maladie de Tay-Sachs,
858.
- BLONDEL (Ch.). *Discussion*, 643, 644,
809, 823.
- BOGAERT (L. van). V. *Dellaert*.
- V. *Helsmoortel*.
- et RADERMECKER (J.). Myokymie, 835.
- , SCHERER (Hans J.) et EPSTEIN (E.).
Forme cérébrale de la cholestérinose
généralisée, 851.
- BONNIS (Mlle). Niveau mental et dé-
chéance de la puissance paternelle,
411.
- BONVICINI (G.). La lutte contre les toxi-
comanies, 382.
- BOREL-MAISSONY (S.). V. *Pichon*.
- BOROWIECKI (S.). L'hérédité dans les
maladies psychiques, 858.
- BORYSOWICZ (J.), PARADOWSKI (J.), ROSE
(J.), WITCK (St.) et ZALEWSKI (W.).
Traitement de la schizophrénie par
l'insuline, 142.
- et MARZYWSKI (M.). Traitement de la
schizophrénie par l'insuline à hau-
tes doses, 142.
- BOSCH (Gonzalo). L'hygiène mentale à
l'Ecole et à l'Université, 374.
- BOUGEAUT. V. *Cossa*.
- BOULIN (Raoul). Traitement du coma
diabétique, 566.
- BRAAT (J. P.). La psychologie expéri-
mentale et les types constitutionnels
de Kretschmer, 551.
- BRAUNMÜHL (A. von). Traitement de la
schizophrénie par le choc insulini-
que, 565.
- BRIAU. *Discussion*, 534.
- BRINER (O.). La thérapeutique convul-
sivante à la clinique psychiatrique
de Berne, 841.
- BRISSOT. *Discussion*, 114, 121, 693, 809,
828.
- et MAILLEFER (J.). Catatonie pure

- chez un jeune malade de 17 ans, 632.
- et MAILLEFER (J.). Paralysies générales infantiles, 780.
- BROCHIER (A.). V. *Péhu*.
- BROGGI (E.). Traitement des maladies mentales par les injections intrarachidiennes de lipoïdes, 862.
- BROSSE (Mlle Th.). Retentissement cardio-vasculaire de la concentration, 333.
- BROUHA (L.). V. *Sainton*.
- BRUGGER (C.). La parenté hérédobiologique des divers degrés d'oligophrénie, 846.
- BRUGI (Giovanni). La terminaison réelle de la racine interne du tractus optique, 556.
- BRUNHES. V. *Krebs*.
- BRUNSCHWEILER (H.). La connaissance des fonctions sensitives et leurs troubles, 547.
- BUHLER (Ch.). Tests diagnostiques dans le domaine du normal et du pathologique, 397.
- BÜLOW (M.). V. *Plant*.
- BUSSCHAERT (R.). V. *Nyssen*.
- BUSSCHER (de), SCHERER et THOMAS. Méningite à *Torula*, 335.
- BYCHOWSKI (G.), KACZYNSKI (M.), KONOPA (C.) et SZCZYTT (K.). Traitement des psychoses par l'insuline, 141.
- L'essence et les possibilités thérapeutiques de la psychanalyse, 552.

C

- CABITTO (L.). La méthode de Boschi et les essais thérapeutiques dans la schizophrénie, 864.
- CAHEN (R.). Le problème de l'accoutumance expérimentale à la morphine, 384.
- CALLEWAERT (H.). Physiologie de l'écriture cursive, 712.
- CAMERON (D. Ewen) et HOSKINS (R.-G.). Traitement de la schizophrénie par l'hypoglycémie insulinaire de Sakel, 844.
- CAPGRAS. *Discussion*, 644.
- , LHERMITTE (J.), AJURIAGUERRA et DOUSSINET. Syndrome de Korsakoff dans le rhumatisme articulaire aigu, 794.
- CARDONA (Filippo). De la pathogénie des crises oculogyres dans le parkinsonisme encéphalitique, 548.
- CARLET-SOULAGES. V. *Trillot*.
- CARON (M.). V. *Vié*.
- CASTELAIN. V. *Perrin*.
- CAUSSÉ (Charles). Les internements évitables, 139.
- CAVALCANTI BORGES (J. C.). Etat mental des épileptiques, 708.
- CEILLIER (André), SCHIFF et BADONNEL (Mlle). La prophylaxie criminelle, 336.
- La prophylaxie criminelle pénitentiaire, 339.
- *Discussion*, 507.
- CHAPOULAUD (J.). V. *Courbon*.
- CHARPENTIER (René). *Discussion*, 116, 225, 231, 635, 686, 800.
- *Allocation*, 237.
- CHARRAT (J.). V. *Biot*.
- CHAURAND. V. *Mareschal*.
- CHAVANY (J.-A.). Traitement des dystrophies musculaires progressives, 567.
- CHRISTOPHE et DIVRY. Méningiome intracérébelleux, 126.
- CHRISTY. Phénomènes de balancement psycho-somatique dans les localisations viscérales tuberculeuses, 348.
- CIAFARDO (Roberto). L'émotion en psychopathologie médico-légale, 568.
- CLAUDE (Henri). Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie, 1, 241.
- *Discussion*, 114, 283.
- et RUBÉNOVITCH (P.). Forme nouvelle d'assistance des psychopathes, 387.
- et LÉVI-VALENSI (J.). Les états anxieux, 848.
- CODET (H.). *Discussion*, 258, 507.
- COLLIN (R.). Neurocrinie hypophysaire, 349.
- COMBEMALE (P.). Rôle des hormones génitales sur le psychisme du chien, 347.
- CONRAD (K.). La gémellité en neurologie, 847.
- COPPOLA (Pasquale). Réactions de Tacccone et de Gorriz-Martinez dans le liquide céphalo-rachidien, 560.
- CORBERI. La débilite mentale cause de délinquance juvénile, 406.
- CORMAN (L.). Morpho-psychologie, 710.
- COSMULESCO (I.). V. *Tomesco*.
- COSSA (P.), BOUGEAUT (H.) et PUECH (M.). Traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine, 352.
- COTTE (G.). V. *Biot*.
- COURBON. *Discussion*, 86, 107, 264, 307, 635, 787, 828.
- et CHAPOULAUD (J.). Récidive de tentative de suicide chez un ancien mélancolique uxoricide par négligence familiale, 231.
- Hystérie, schizophrénie, pithiatisme et simulation, 263.
- Membre-fantôme, émotion et douleur, 368.
- La douleur physique chez les psychopathes, 368.

— et LECONTE (Maurice). Psychose réactionnelle à forme de délire de compensation, 636.

COURTOIS (A.) et ANGLADE (Roger). La législation comparée de l'assistance psychiatrique, 386.

CRITCHLEY (Macdonald). V. *Riddoch*.

CROUZON (O.) et DESOILLE (H.). Diagnostic de la douleur. Médecine légale, 365.

CUCCHI (A.). La malarithérapie dans la paralysie générale, 863.

CUPCEA (S.). V. *Jonasiu*.

—, V. *Preda*.

D

DAGNÉLIE (J.). Troubles trophiques cutanés dans la paralysie crurale, 834.

DALKE (M.). Démence précoce et tuberculeuse, 561.

DAUMÉZON (G.). V. *Dupouy*.

—, V. *Rousset*.

DECHAUME (Jean). La douleur dans les maladies des nerfs périphériques, 542.

DELLAERT, NYSSSEN (R.) et BOGAERT (L. van). Maladie de Parkinson familiale et hérédité similaire, 126.

DELMAS (Achille). *Discussion*, 103, 254.

DELMOND (Jacques). V. *Abély (Xavier)*.

— et VERCIER (René). Effets de la benzédrine dans la fatigue nerveuse et l'hypotonie végétative, 323.

DEMAY (G.). V. *Marchand*.

DEMOLE (V.). Fatigue printanière, psychonévrose et précarène en Vitamine C, 567.

—, Démence précoce, hypoglycémie, insuline, Vitamine B1, 838.

— et BERSOT (H.). Choc « insulini-que » et choc « analeptique » chez le lapin, 840.

DEREUX (J.). Variété particulière d'hypertension artérielle, 122.

DESENFANS. V. *Marchal*.

DESOILLE (H.). V. *Crouzon*.

DESPERT (J. Louise). La schizophrénie chez les enfants, 398.

DESRUÈLES. Unification des statistiques dans les établissements d'assistance psychiatrique, 390.

—, V. *Ledoux*.

DEUTSCH (Albert). Le malade mental en Amérique, 705.

DEUTSCH (Léo). La kleptomanie, 569.

DEVÈZE (G.). Le syndrome sympathique cervical postérieur post-traumatique, 416.

DIDE (M.). *Discussion*, 260.

—, La débilité mentale cause de délinquance juvénile, 410.

DIMOLESCO (Alf.). V. *Tomesco*.

DIVRY. V. *Christophe*.

DONAGGIO (Art.). *Discussion*, 257, 308.

—, Contrôle de la méthode de la pyréthothérapie, 349.

—, Coloration du réseau neuro-fibrillaire endocellulaire, 349.

—, Leuco-encéphalomyélites expérimentales, 350.

DOUSSINET (Pierre) et JACOB (Mlle El.). Traitement par le sérum humain épivecteur dans la psychose périodique, 523.

—, V. *Lhermitte*.

—, V. *Capgras*.

DRABOVITCH (W.). Les réflexes conditionnés et la psychologie moderne, 853.

DRETIER (Julien). Gommages du cerveau au cours de la paralysie générale traitée par la malaria, 758.

DRIESSENS (Jules). V. *Warembourg*.

DUBLINIAU (J.). Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 393.

—, Troubles du caractère de l'adulte en psychiatrie médico-légale, 832.

DUFOURT (A.). V. *Biot*.

DUJARDIN (B.) et VERMEYLEN (G.). Les troubles psychiques chez les paralytiques généraux sérologiquement guéris, 469.

DUMAS (Georges). *Discussion*, 809, 822, 828.

DUPOUY (R.) et DAUMÉZON (G.). Les visites à domicile dans les cas de psychopathies familiales, 224.

—, V. *Marchand*.

— et PICHARD (H.). Le service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle, 386.

—, BELEY (A.) et DAUMÉZON (G.). Le service des visites à domicile, 389.

DUSSIK. V. *Beiglbock*.

—, Thérapeutique de la schizophrénie par l'hypoglycémie provoquée, 844.

E

EARL (M. C. I. C.). La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 406.

EDERT. V. *Hamel*.

ELLIS jr (Alfredo). V. *Ferraz Alvin*.

EPSTEIN (Emile). V. *Bogaert*.

ERMICH (V. V.). V. *Besonglov*.

ESCHBACH (H.). V. *Lhermitte*.

ESPY (L.). Rôle de la vitamine A dans la valeur de la chronaxie motrice, 415.

ESTRADA (A.). Intégrité cellulaire dans les liquides rachidiens des méningites, 561.

F

- FAIRBANK (Miss Ruth E.). L'hygiène mentale à Baltimore, 376.
 FAURE-BEAULIEU (M.). Aphasie de Wernicke par intoxication oxy-carbonée massive, 722.
 —, V. Garcin.
 FAY (H.-M.). V. Biot.
 FERRAZ ALVIN (James) et ELLIS jr (Alfredo). Prophylaxie du suicide, 859.
 FESSENKO (T. F.). V. Besounglov.
 —, V. Litvak.
 FINKELSTEIN (F. E.). Anophtalmie congénitale, 555.
 FLACH (A.). V. Palisa.
 FONTÈS (Victor). La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 406.
 FORSTMAYER (W. M.). Perméabilité de la barrière hémoméningée dans la schizophrénie et choc insulinaire, 840.
 FORTANIER. La psychogénèse de l'enfant criminel, 411.
 FORTINEAU (Jean). Les paralytiques généraux en rémission, 707.
 FOURNIER (G.). V. Nayrac.
 FRETET (Jean). Erotomanie homosexuelle masculine, 328.
 FREUDENBERG (R.). La glycémie vraie pendant le choc insulinaire, 840.
 FRIEDEMANN (A.). V. Humbert.
 FRIEDJUNG (Joseph A.). Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 400.
 FROMENT (Jules). Accidents hystériques et substratum mental, 265.
 FROSTIG (J.), KISTER (J.), MANASSON (A.) et MATECKI (Vl.). Traitement insulinaire de la schizophrénie, 142.
 FROSTIG (I. P.). Insulinothérapie chez les schizophrènes, 842.
 —, PERSYKO (I.) et PERSYKO (H.). Le quotient d'abaissement de la glycémie, 843.
 FURTADO (Diego). V. Moniz.

G

- GALLOT (H. M.). V. Laignel-Lavastine.
 GALLY (L.). V. Haguénau.
 GARCIN (Raymond). La douleur dans les affections organiques du système nerveux, 358, 359.
 — et KIPFER. Syndrome de Claude-Bernard-Horner par lésions du thalamus, 830.
 — et FAURE-BEAULIEU. Syndrome protubérantiell avec myoclonie du voile homolatérale, 830.
 GAULTIER (Mme). V. Marchand.

- GAUTRAND (L.) et HUET (J.-A.). Zona et radiothérapie, 866.
 GEHUCHTEN (P. van). Quadriplégie progressive, 125.
 —, Tumeur du corps calleux, 334.
 GEMELLI. Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 394.
 GEORGI (F.) et STRAUSS (R.). Convulsions et insulinothérapie, 838.
 —, V. Morsier.
 GESELL. Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 394.
 GÉVAUDAN (Mlle Y.). Syndromes périodiques en dehors des états maniaque-dépressifs, 415.
 GIORGI (Giorgio). Le système neurovégétatif dans les émotions et les psycho-névroses, 546.
 GOANGA (Stefanescu). La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 407.
 GOLANT-RATNER (Raissa). Agnosie digitale et troubles psychiques, 204.
 GOMET. V. Ledoux.
 GORDON (Alfred). Affections nerveuses organiques tardives, suites des traumatismes, 572.
 GOURIOU. Discussion, 102, 116, 683, 685.
 GRANDPIERRE. V. Perrin.
 GUERNER (Fausto). V. Teixeira.
 GUILLAIN (Georges) et MOLLARET (Pierre). Etudes neurologiques. Myoclonies. Maladie de Friedreich. Pathologie du névraxe, 131.
 GUILLAUME. V. Martel.
 GUILLY (Paul). Duchenne de Boulogne, 132.
 GUIRAUD. Discussion, 84, 105, 231, 263, 308, 507, 522, 534, 541, 635, 644, 693, 696, 775.
 —, Figures parasitaires dans la sclérose en plaques, 350.
 GULLOTTA (S.). Traitement de la schizophrénie par les convulsions épileptiques provoquées, 864.

H

- HACKFIELD (A. W.). Cycle des troubles psychonévrotiques des générations successives, 398.
 HADORN (W.). Insuline et appareil circulatoire, 839.
 HAENE (A. de). Recherches anatomico-expérimentales sur les connexions thalamo-corticales, 553.
 HAGUENAU (J.) et GALLY (L.). La roentgenthérapie de la douleur, 366.
 — et SICARD (A.). Compression médullaire au cours de la maladie de Paget, 830.
 — et SICARD (A.). Radicotomie rétro-gassérienne dans une névralgie faciale secondaire, 831.

HALBERSTADT. *Discussion*, 787.
 HAMEL (J.) et EDERT. Forme clinique d'encéphalite psychosique, 348.
 — et MICHON (P.). Syndromes parkinsoniens et traumatismes, 351.
 —. *Discussion*, 534.
 HANHART (E.). Des imitations chez l'homme, 847.
 HANSEN (K.). La loi norvégienne de stérilisation de 1934, 847.
 HARMS (E.). La notion de la sexualité infantile, 552.
 HARROWES (W. Mc.). L'hygiène mentale de l'adolescent, 375.
 HARTENBERG (P.). *Discussion*, 244.
 —. Le réflexe épileptique, 720.
 —. L'impuissance virile des nouveaux mariés, 862.
 HEALY. La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 407.
 HELSMOORTELT (J.) et BOGAERT (L. van). Troubles vestibulaires dans une compression médullaire cervicale, 335.
 HELWEY (H.). Les tendances actuelles de la psychiatrie dans les pays scandinaves, 482.
 HENDERSON (D. K.). La prophylaxie individuelle et sociale du suicide, 383.
 HERMAN (E.). Syndrome de la queue de cheval. Lipomatose symétrique. Guérison par injection sous-occipitale de lipiodol, 567.
 HEUCQUEVILLE (G. d'). V. *Laignel-Lavastine*.
 HEUYER et KOPP. Le bégaiement, 399.
 — et HORINSON (Mme S.). Facteurs concomitants de la délinquance juvénile, 412.
 —. *Discussion*, 686.
 — et ROUDINESCO (Mme). Acrodyne avec troubles mentaux, 829.
 HOEVEN (van der). Les anormaux devant la justice, 388.
 HOFFER (Mme Henriette). La démutisation des enfants déficients, 405.
 HORINSON (Mme S.). V. *Heuyer*.
 HORNET. V. *Alajouanine*.
 HOSKINS (R. G.). V. *Cameron*.
 HOWARD et TAYLOR (C.). Les lois de stérilisation eugénique et les résultats, 372.
 HUET (J.-A.). V. *Gautrand*.
 HUMBERT (F.) et FRIEDEMANN (A.). Thérapeutiques de la schizophrénie, 841.
 HYNIE (J.). Sexualité et hygiène mentale, 372.

I

IANSSEN (I.). Réaction du liquide céphalo-rachidien à l'acide sulfurique, 560.
 IBRAHIM. Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 395.

IBENNY (F.). Traitement de la schizophrénie par le sommeil prolongé à la clinique psychiatrique de Berne, 841; — par les agents physiques, 842.
 ILBERG (Georg). Fœtus microcéphale, 555.
 IOKAY (L.). V. *Stief*.
 IOSIF (S.). V. *Jonasiu*.
 ISCHLONDSKY. Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 395.

J

JACOB (Mlle El.). V. *Doussinet*.
 JACOBI (Mme E. R.). L'assistance familiale des enfants anormaux à Gheel, 404.
 JACQUES (J.). Diagnostic radiologique de la dysphagie paralytique dans les scléroses bulbaires, 350.
 JADOT-DECROLY. Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 401.
 JANET (Picrre). *Discussion*, 100, 108, 245, 506.
 —. Les troubles de la personnalité sociale, 149, 421.
 JONASIU (L.), LONGU (C.), IOSIF (S.) et CUPCEA (S.). Contribution à l'étude expérimentale de la perception visuelle chez les aliénés, 552.
 JONESCO-SISESTI, KREINDLER, MARINESCO. Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 395.
 JONG (H. de). Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 396.
 JUBA (Adolf). Localisation du faisceau de la macula dans les radiations optiques, 556.
 JULLIEN (L.). V. *Biot*.
 JUNG (C. G.). La psychothérapie dans les applications pratiques, 129.

K

KACZYNSKI (M.). V. *Bychowski*.
 KERIM GÖKAY (Fahreddin). La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 407.
 KIEWIET de JONGE (A.-J.). Principes et exemples de psychosynthèse, 127.
 KIMMARK (Folke). V. *Marcus*.
 KINBERG (Olof). La prophylaxie des délits et des crimes, 387.
 KIPFER. V. *Garcin*.
 KISSEL (P.). V. *Lavergne*.
 —. V. *Perrin*.
 KISTER (J.). V. *Frostig*.
 KLEIN (François). Maladies mentales. Expérimentation et traitement, 856.

- KLOTZ (Pierre). Intoxication oxy-carbonée, 857.
- KONOPKA (C.). V. *Bychowski*.
- KOPICZ (J.) et BILIKIEWICZ (T.). Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, 864.
- KOPP (Mlle Hélène). V. *Heuyer*.
- , Les troubles de la parole dans leurs rapports avec les troubles de la motricité, 550.
- KORZENIOWSKI (L.). La notion de responsabilité atténuée, 568.
- KOVARSKY (Mlle V.). Troubles de l'intelligence et du caractère chez les gauchers, 400.
- KRAULIS (W.). Choc prolongé insulinaire dans la schizophrénie, pratiqué à Riga en Lettonie, 845.
- KREBS (Ed.). V. *Puech*.
- , PUECH (P.) et BRUNHES (J.). Collapsus ventriculaire cérébral post-traumatique, 831.
- KREINDLER. V. *Jonesco-Sisestî*.
- KRETSCHMER. *Discussion*, 248.
- , Rôle de l'hérédité et de la constitution dans l'étiologie des troubles de l'esprit, 379.
- KRONFELD (A.) et STERNBERG (E.). Traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, 844.
- KUHN (H.). Hypoglycémie spontanée, cause d'une maladie convulsive, 563.
- KÜPPERS (E.). L'état hypoglycémique à la lumière de l'auto-observation, 843.
- L**
- LACROIX (J.). V. *Biot*.
- LADAME (Ch.) et MOREL (F.). Anatomie pathologique de la psychose hallucinatoire chronique, 556.
- LADARIA CALDENTY (Francisco). La diète cétogène chez les épileptiques, 865.
- LAFORA (Gonzalo R.). L'hygiène mentale et la psychothérapie du point de vue religieux, 859.
- LAHY (J. M.). L'hygiène mentale dans l'orientation professionnelle, 377.
- LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT, HEUCQUEVILLE (G. d') et MIGNOT (H.). Episode confusionnel au cours d'une échinococose hépatique, 87.
- , *Discussion*, 283.
- , GALLOT (H. M.) et MIGNOT (H.). Syndrome obsessionnel pur symptomatique d'une involution sénile, 512.
- , Le sympathique des obsédés, 833.
- LANARCHE. V. *Mareschal*.
- LANGE (Oswaldo). Cellules éosinophiles du liquide céphalo-rachidien, 560.
- LARUELLE et MASSION. La prostigmine dans la myasthénie, 698.
- et MASSION. Syndrome polyradiculo-névritique de Guillain et Barré, 703.
- LAURENT et RONDEPIERRE. Psychoses du type démence précoce traitées par l'insuline, 534.
- LAVAL (P.). V. *Roger*.
- LAVERGNE (V. de), KISSEL (P.) et ACCOYER (H.). Les lésions de la névrite ourlienne, 350.
- et KISSEL (P.). Le complexe strychno-barbiturique, 865.
- LECONTE (Maurice). V. *Courbon*.
- LEDoux, DESRUELLES et GOMET. Confusion mentale après injection de sérum antitétanique, 678.
- LEICHTMANN (P.). V. *Michon*.
- LEISCHNER (A.). Répartition des groupes sanguins dans les maladies mentales, 562.
- LEJEUNE (Paul). Intoxication professionnelle par le manganèse, 714.
- LEMEUNIER. V. *Barvik*.
- LERICHE (René). Neurochirurgie de la douleur, 365.
- , La chirurgie de la douleur, 413.
- LEROUY (A.). Epilepsie et paralysie générale, 701.
- LÉVI-BIANCHINI. Hygiène mentale et urbanisme, 377.
- LÉVY-VALENSI (J.). V. *Claude*.
- LHERMITTE (Jean), MASQUIN (Pierre) et TRELLES (J.-O.). Précis d'anatomophysiologie normale et pathologique du système nerveux, 130.
- , *Discussion*, 682, 683, 806, 809.
- et ESCHBACH (H.). Syndrome d'Adie et migraines, 697.
- et ESCHBACH (H.). Syndrome d'Adie avec maladie de Basedow et syndrome parkinsonien, 697.
- , DOUSSINET et AJURIAGUERRA. Forme korsakowienne des tumeurs du troisième ventricule, 698.
- et BERTRAND. Terminaison de la fibre névrogénique, 699.
- , L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques, 719.
- , V. *Capgras*.
- et BINEAU (A.). Hallucinations consécutives aux lésions pédonculaires en foyer, 829.
- LIGON (Ernest M.). L'hygiène mentale dans le développement de la personnalité, 376.
- LIMA. V. *Teixeira*.
- LINSTEAD (H. N.). Les travaux de la Commission des poisons, 861.
- LITVAK (I. V.), FESSENKO (T. F.) et TCHENIKOF (V. V.). Le dynamisme du chimisme du liquide céphalo-rachidien et la régulation centrale végétative, 564.
- LONGU (C.). V. *Jonasiu*.

LOUBET (O.). Séquelles psychiques des traumatismes cranio-encéphaliques, 571.

LURIA (Alexander R.). La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 408.

LUTHY (Gerold). Valeur de la castration en droit criminel, 717.

LUXENBURGER. Pronostic hérédologique et études gemellaires en psychiatrie, 846.

M

MACÉ de LÉPINAY (A.). La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 408.

MAERE et MUYLLE. Syndrome ataxique progressif avec oligophrénie, 702.

MAGE. Tumeur crânienne, 334.

— Tumeur parvicellulaire se propageant dans les espaces de Virchow-Robin, 702.

MAILLEFER (J.). V. *Brissot*.

— V. *Martimor*.

MALE. Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 403.

MANASSON (A.). V. *Frostig*.

MARCHAL et DESENFANS. Essai thérapeutique dans un cas de rétention d'urine par lésion de la moelle sacrée, 703.

MARCHAND. *Discussion*, 84, 91, 231, 234, 643, 693, 696, 786, 799, 809.

— et DUPOUY (R.). Troubles moteurs sans signes d'hypertension intracranienne dans une tumeur à évolution rapide, 351.

— Prophylaxie des maladies nerveuses et mentales d'origine toxi-infectieuses, 380.

— Les symptômes d'alarme de la fatigue nerveuse, 552.

— et DEMAY (G.). Psychose présénile et artériosclérose cérébrale à forme mentale, 646.

— GAULTIER (Mme) et STORA (R.). Epilepsie psychique post-traumatique associée à un syndrome d'amnésie continue, 776.

MARCUS (Henry) et SAHLGREN (E.), avec KIMMARK (Folke). Influence de la suggestion hypnotique sur les fonctions végétatives, 557.

MARESCHAL (M.) et CHAURAND. La paralysie générale en Tunisie, 349.

— L'héroïnomanie en Tunisie, 349.

— et LAMARCHE. L'assistance des aliénés en Tunisie, 353.

MARINESCO. *Discussion*, 243.

— V. *Jonesco-Sisesti*.

MARTEL (Th. de) et GUILLAUME. Ependymite staphylococcique, 699,

— et GUILLAUME (J.). L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire, 721.

MARTIMOR (E.) et MAILLEFER (J.). Traitement de l'alcoolisme par l'intolérance provoquée, 865.

MARTIN (P.). Calcification de la faux du cerveau, 702.

MARZYNSKI (M.). V. *Borisowicz*.

— Insulinothérapie de la schizophrénie, 843.

MAS (Pierre). Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuses, 709.

MASQUIN (Pierre). V. *Lhermitte*.

MASSION. V. *Laruelle*.

MATECKI (VL.). V. *Frostig*.

MAURO (Salvator di). La courbe glycémique dans l'épilepsie, 563.

MAZHAR O. UZMAN. Le choc moral comme cause de déclenchement de l'ataxie tabétique, 351.

— Hémorragies sub-durales dues à des traumatismes périphériques, 352.

MEDUNA (L. von). Traitement par le cardiazol, 837.

MEIGNANT (P.). V. *Parisot*.

— Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 396.

MERKEL (H.) et WALCHER (K.). Diagnostique et technique en médecine légale, L'autopsie, 139.

MEYER (Adolphe). *Discussion*, 256.

MICHON (P.). Réflexe radio-fléchisseur, 350.

— LEICHTMANN (P.) et RENAUDIN (H.). Temps de réaction chez les parkinsoniens post-encéphaliques, 350.

— V. *Hamel*.

— V. *Mutel*.

MIGNOT (H.). V. *Laignel-Lavastine*.

MIGNOT (Roger). Alcoolisme mental. Mesures législatives prophylactiques, 384.

MIKULSKI (Ch.). Les gauchers frustes, 722.

MILES (Walter R.). La prophylaxie de l'alcoolisme, 383.

MILLAN (Alfonso). Hygiène mentale et assistance publique de Mexico, 387.

MILLER (Emmanuel). Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 401.

MINKOWSKI (E.). *Discussion*, 106, 248, 522, 541, 658.

— et POLNOW. Le patronage médico-pédagogique pour l'enfance difficile, 405.

MINKOWSKI (M.) (de Zurich). L'aphasie chez les polyglottes, 548.

— Conditions contemporaines culturelles et sociales et névroses, 718.

MINSKI (L.). Polynévrites non alcooliques associées au syndrome de Korsakoff, 722.

- MIRA (E.). La méthode de Sakel pour le traitement de la schizophrénie, 141.
- , Rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux, 381.
- MJOEN (I.-A.). Politique de la population inspirée par l'hygiène raciale, 845.
- MOLLARET (Pierre). V. *Guillain*.
- , La notion de subordination dans le fonctionnement du système nerveux, 855.
- MONCHANIN (J.). V. *Biot*.
- MONIZ (Egas) et FURTADO (Diego). Le traitement de la schizophrénie par la leucotomie préfrontale, 298.
- MONNIER (M.). Traitement des schizophrénies par la narcose prolongée, 565.
- MORAES (José Mariz de). Contribution expérimentale à la catatonie, 851.
- MORAX. V. *Alajouanine*.
- MOREL (F.). V. *Ladame*.
- , Hallucination et champ visuel, 742.
- , Traitement chirurgical de la démence précoce, 814.
- MORGENSTERN (Mme). Importance du dessin pour l'étude psychanalytique de l'enfant, 405.
- MORGENTHAUER (W.). La méthode et l'homme, 129.
- , Infirmières d'hygiène maternelle et infantile, 716.
- MORSIER (G. de) et BERSOT (H.). Les troubles cérébraux dans l'hyperinsulinémie provoquée, 840.
- , GEORGI (F.) et RUTISHAUER (E.). Convulsions expérimentales par le cardiazol chez le lapin, 842.
- MORVAN (Roger). La vie sans moelle épinière, 133.
- MOURIQUAND (G.). V. *Biot*.
- MOUSSAY (François). Nature, causes, différences des monstres, 140.
- MUELLER. L'insulinothérapie de la schizophrénie, 836.
- MUNIER (A.). Emploi de la diathermie dans les troubles nerveux, 352.
- MUSTAFA (K.). Le syndrome de la jactation chez les enfants, 550.
- MUTEL (M.) et MICHON (P.). Taux d'incapacité des syndromes post-commotionnels crâniens, 353.
- MUYLLE. V. *Maere*.
- MYERS (Charles S.). L'hygiène mentale du travail intellectuel, 376.

N

- NACHT (S.). Pathologie de la vie amoureuse, 713.
- NAYRAC. *Discussion*, 114.
- et FOURNIER (G.). La surface et volume de l'écorce cérébrale, 115, 581.

- NICOLAJEW (Vladimir). Altération gliale due aux chocs insuliniques chez l'animal, 844.
- , Pronostic et mécanisme de l'insulinothérapie, 844.
- NISSL von MAYENDORF (E.). Théorie du neurone, 557.
- NIGRIS (Giovanni de). Des altérations de l'instinct sexuel dans les formes tardives de l'encéphalite épidémique, 549.
- NISSEN (N. J.). Influence de la ponction lombaire sur la cytologie du liquide céphalo-rachidien, 560.
- NODET (Charles-Henri). Nosographie des psychoses hallucinatoires chroniques, 850.
- NORO. Méthode de Roemer et cure bulgare dans le parkinsonisme post-encéphalitique, 866.
- NYSSSEN (Fr.). Le traitement des malades mentaux dans divers pays d'Europe, 124.
- NYSSSEN (R.). V. *Dellaert*.
- , BUSSCHAERT (R.) et ALAERT (L.). La réaction artériotensionnelle à la douleur dans la paralysie générale, 700.

O

- ODLUM (Miss Doris). Alcoolisme et toxicomanie, 860.
- OLINTO (Plinio). Introduction à la psychiatrie, 849.
- OMBRÉDANE. Les méthodes selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 401.

P

- PACHECO E SILVA (A. C.) et RIBEIRO (Leonido). La débilite mentale cause de délinquance juvénile, 410.
- PAILLAS (J.). V. *Roger*.
- , La ventriculographie, 721.
- PALISA (Ch.) et FLACH (A.). Le réveil du choc hypoglycémique, 839.
- PAP (Zoltan V.). Traitement par les chocs insuliniques chez les schizophrènes, 566.
- PARADOWSKI (J.). V. *Borysowicz*.
- PARISOT (J.) et MEIGNANT (P.). Organisation de l'hygiène mentale en Meurthe-et-Moselle, 353.
- PARROT (Jean). V. *Binet*.
- PATRY (Frederick L.). Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 402.
- PAVLONSKY (J. M.). V. *Besouglou*,

PÉHU et BROCHIER (A.). Le problème obstétrical du mongolisme infantile, 549.

— V. Biot.

PEIPER. Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 396.

PENDE (N.). V. Biot.

PÉRON (Noël). Les atrophies cérébelleuses primitives, 344.

— La douleur vue par un psychiatre, 364.

PERRIN, KISSEL (H.), ROUSSEAUX et CASTELAIN. Méningiome de la petite aile du sphénoïde, 351.

—, GRANDPIERRE, ROUSSEAUX et CASTELAIN. Epilepsie bravais-jacksonienne: arachnoïdite fronto-pariétale traumatique, 351.

PERSCH (R.). Personnalités épileptoides et pyromanie, 569.

PERSYKO (H.). V. *Frostig*.

PERSYKO (I.). V. *Frostig*.

PETIT (G.). Syndromes psychopathiques avec polyradiculonévrites et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, 349.

PEISTER (O.). Les troubles neuro-végétatifs des schizophrénies et les thérapeutiques actuelles, 839.

PICARD (Jean). Pleurs de sang au début de l'accès épileptique, 824.

PICHARD (H.). V. *Dupouy*.

PICHON (Edouard) et BOREL-MAISSONY (S.). Le bégaiement, nature et traitement, 856.

PIÉRON (Henri). L'année psychologique, 135.

PIERSON (C.-A.). L'association génoscopamine-bromure dans l'anxiété et l'excitation, 862.

PLANT (F.) et BÜLOW (M.). Vitamines C dans le système nerveux, 561.

POLNOW. V. *Minkowski*.

POMMÉ (B.). Le point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues, 245.

POMMEAU-DELILLE. V. *Baruk*.

POPPI (Umberto). La catatonie colibacillaire. Recherches expérimentales, 558.

POROT (A.). Psychose addisonienne. Traitement chloruré, 665.

— et BARDENAT. Psycho-encéphalite; accidents convulsifs suivis de bouffées délirantes, 669.

—, BARDENAT et SUTTER. Paralyse générale chez la fille, puis chez la mère, 674.

— *Discussion*, 683, 685, 693.

POSTMA. La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 408.

PRÉAUT. Valeur de l'asymétrie faciale dans l'appréciation du caractère, 405.

PREDÀ. L'hygiène et la prophylaxie mentales en Roumanie, 386.

— et CUPCEA (S.). Dispersion dans l'échelle d'intelligence Pintner-Patterson, 412.

PRESS (L.). Rémissions après traitement insulinique, 843.

PRIVAT de FORTUNIÉ et BELFILS. Les formes cliniques du caféisme cérébral, 725.

PUECH (M.). V. *Cossa*.

PUECH (P.). V. *Baruk*.

— et BARUK (H.). Lobe préfrontal et catatonie expérimentale, 349.

— et KREBS (Ed.). Œdème cérébral traumatique diffus et méningite séreuse traumatique, 699.

— V. *Krebs*.

PULLAR-STRECKER. L'insulinothérapie en Angleterre, 843.

R

RABOVSKY-REVESZ. Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 401.

RACINE. V. *Baruk*.

RADERMECKER. Evolution d'une tumeur latéro-bulbaire, 126.

—. Mouvements athétosiques et hyperesthésies complexes dans les traumatismes cérébraux, 335.

— V. *Bogaert*.

RAMOS CONTRERAS (Marin). Le sulfate de magnésie dans la chorée de Sydenham, 866.

RANCOULE (M.). V. *Abély (Paul)*.

RAVINA (A.). L'année thérapeutique, 717.

RAYNEAU. *Discussion*, 84.

REGIERER (A.). Etude de deux cas d'absence du corps calleux dans le cerveau humain, 554.

REISS (M.). L'énurésie chez l'enfant, 398.

RENAUDIN (H.). V. *Michon*.

REPOND (André). Les bases scientifiques de l'hygiène mentale, 370.

—. Psychose de Korsakoff après intoxication par l'héroïne, 684.

RIBEIRO (Leonido). V. *Pacheco e Silva*.

RICCI (Amédéo). Dynamisme de la parole écrite, parlée et pensée, 553.

RIDDOCH (George) et CRITCHLEY (Macdonald). Physiopathologie de la douleur d'origine centrale, 357.

RIESE (W.). Gall et le problème des localisations cérébrales, 546.

—. Le crime impulsif interprété par les réflexes conditionnés, 568.

ROBIN (Gilbert). Neuro-psychiatrie infantile et neuro-psychologie, 399.

- La neuro-psychiatrie et la neuro-psychologie infantiles, 550.
- ROCHA filho. Psychiatrie et hygiène mentale, 707.
- RODENWALDT (E.). Transformations des races dues aux influences climatiques, 847.
- ROEMER (H.). Organisation des nouveaux traitements de la schizophrénie, 843.
- ROGER (H.) et ALLIEZ (J.). Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypés d'allure pithiatique, 348.
- , PAILLAS (J.) et VAGUE (J.). Syndrome de Landry syphilitique; guérison thérapeutique, 352.
- Discussion, 683, 686.
- et ALLIEZ (J.). Paralyse générale juvénile à début épileptique, 687.
- , PAILLAS (J.) et LAVAL (P.). Polio-encéphalite de Wernicke avec délire hallucinatoire d'origine éthylique, 694.
- et PAILLAS (J.). Le signe du mentonnier révélateur d'une métastase néoplasique, 699.
- La pyrétothérapie des maladies mentales, 863.
- ROMERO (Andrea). Réflexes à la douleur et excitabilité neuro-végétative, 547.
- RONDEPIERRE. V. *Laurent*.
- ROSIER. V. *Baudouin*.
- ROSE (J.). V. *Borysowicz*.
- ROUBINOVITCH (Jacques). Les statistiques de Fresnes et l'enfance délinquante, 411.
- ROUDINESCO (Mme). V. *Heuyer*.
- ROUGEAN (M.). V. *Anglade*.
- ROUQUIER (A.). Le rôle moteur homolatéral des circonvolutions préfrontales, 351.
- ROUSSEAU. V. *Perrin*.
- ROUSSET (Mlle S.) et DAUMÉZON (G.). Jumeaux déments précoces, 806.
- et DAUMÉZON (G.). Troubles de la mémoire post-traumatique, 810.
- ROYER (P.). V. *Anglade*.
- RUBENOVITCH (P.). V. *Claude*.
- RÜDIN. L'eugénique et la prophylaxie des maladies mentales, 370.
- Nouvelles lois allemandes d'hygiène raciale, 846.
- RUGGLES (Arthur H.). Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 402.
- RULKOWSKI (A.). Traitement de la schizophrénie par l'insuline, 142.
- RUTISHAUER (E.). V. *Morsier*.
- RUTKE. Hygiène de l'hérédité dans la législation allemande, 846.
- S
- SACRISTAN (J. M.). L'hygiène mentale de la sexualité, 372.
- SAHLGREN (E.). V. *Marcus*.
- SAINTON (P.), SIMONNET (H.) et BROUHA (L.). Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale, 704.
- SAKEL (M.). Nature et genèse du traitement hypoglycémique des psychoses, 837.
- SALMON (A.). Le rôle des noyaux diencéphaliques dans la vie végétative et la vie psychique, 719.
- SAMOUCHEIN (N. V.). Pathologie des tumeurs cérébrales, 721.
- SANCTIS (Carlo de). Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 397.
- SCHACHTER. Troubles somato-psychiques post-encéphalitiques prenant l'allure de syndromes épiphysaires, 549.
- Troubles de la psychomotricité chez l'enfant, 550.
- Le profil mental des post-choréiques, 857.
- SCHAEFFER (H.). V. *Baudouin*.
- Les réflexes conditionnels chez l'homme, 719.
- et ARMINGEAT. Sclérose en plaques avec ileus spasmodique, 830.
- Traitements modernes de la démence précoce, 864.
- SCHERER (H. J.). V. *Busscher*.
- La glioblastomatosse en plaques, 835.
- V. *Boqaert*.
- SCHIFF (Paul). V. *Ceillier*.
- La prophylaxie criminelle en dehors de la prison, 338.
- Discussion, 787.
- SCHMID (H. E.). Histophysiologie de l'insuline, 840.
- SCHNEIDER (E.). Le traitement de la myasthénie par la prostigmine, 567.
- SCHOBER (Paul). Dictionnaire médical des langues allemande et française, 135.
- SCHREIBER (Georges). Le seuil de fatigabilité chez les enfants, 859.
- SCHROEDER. Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 402.
- SCHÜKRÜ (Ihasan). Recherches expérimentale sur la sclérose en plaques, 562.
- SCHULZE-BÜNTE. Influence de l'adrénaline sur la glycémie des schizophrénies, 563.
- SERBAN (Mlle F.). V. *Tomesco*.
- SERRUS (Ch.). Psychologisme et logique aristotélicienne, 333.
- SÈZE (S. de). Strychninothérapie du coma barbiturique, 365.

- SHAHINE (Ahmed). Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 402.
- SICARD (A.). V. *Haguenau*.
- SICCO (Antonio). Névroses d'angoisse par varicocèle, 720.
- SIMON (Th.). Pathogénèse des hallucinations, 93.
- , L'aliénation, tyrannie affective, 508.
- , L'aliéné, l'asile, l'infirmier, 715.
- , *Discussion*, 775, 786.
- SIMONNET (H.). V. *Sainton*.
- SIVADON (Paul). Phénomènes autoscopiques au cours de la grippe, 245.
- SMED (E. de). Confusion schizoïde à base hypersurrénale, 700.
- SNYDER (Laurence H.). Application médico-légale des groupes sanguins, 571.
- SOBRAL-CID. *Discussion*, 304.
- , Formation du personnel auxiliaire des organisations d'hygiène mentale, 385.
- SOLIS (J.). V. *Such*.
- SOUQUES (A.). D'Hérophile à Galien, 718.
- SOURIAC. V. *Vié*.
- SPAGNOLI (Bruno). Sur les formes dites « tardissimes » de l'encéphalite épidémique, 549.
- STEINBERG (D. Louis). Traitement par l'hématoporphyrine des états dépressifs graves, 863.
- STERLING (L.). Epidémie d'hystérie religieuse infantile, 720.
- STERN (Erich). Causes et premières manifestations de la débilité mentale, 405.
- STERNBERG (E.). V. *Kronfeld*.
- STIEF (A.) et IOHAY. Recherches expérimentales sur l'action cérébrale de l'insuline, 558.
- STOKVIS (Berthold). Hypnose, psychisme et pression sanguine, 711.
- STORA (R.). V. *Marchand*.
- STRAUSS (R.). V. *Georgi*.
- STRUMPFEL. Jumeaux criminels et psychopathes, 847.
- SUCH (Prados y) et SOLIS (J.). L'assistance de l'enfance anormale en Espagne, 411.
- SUTTER. V. *Porot*.
- SZCZYTT (K.). V. *Bychowski*.
- TECHOUÉYRES (E.). A la recherche de l'unité, essai de philosophie scientifique et médicale, 136.
- , La femme, étude médico-psychologique, 852.
- TEIXEIRA (A.), LIMA et GUERNER (Fausto). Attentat à la pudeur. Séquelles d'encéphalite et schizoidie, 569.
- TERRIEN (E.). Cure des poliomyélites, 866.
- THOMAS (André-) et AJURIAGUERRA (J.). Cas fruste de maladie de Steinert, 123.
- , Erection réflexe dans un cas d'hémiplégie infantile, 698.
- THOMAS. V. *Busscher*.
- THOMAS (Fr.). Hémorragie sous-arachnoïdale d'origine anévrysmales, 572.
- THUREL. V. *Alajouanine*.
- TITECA (Jean). Physiologie des lobes frontaux, 545.
- , Etude électro-encéphalographique d'un cas d'hémianesthésie hystérique, 347.
- TITECA (R.). La collocation, mesure souvent évitable, 124.
- TOMESCO (P.), COSMULESCO (I.) et SERBAN (Mlle F.). La chloruro-cristallisation du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales non syphilitiques, 558 ; — dans la paralysie générale, 559 ; —, Ses aspects normaux, 559.
- et DIMOLESCO (Alf.). L'alcoolisation expérimentale, 559.
- TOULOUSE (E.). Humanisme et Biologie, 557.
- TRACZYNSKI (J.). Changements hémato-logiques chez les schizophrènes traités par l'insuline, 563.
- TRAMER. Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 403.
- TRELLES (J.-O.). V. *Lhermitte*.
- TRILLOT (J.) et CARLET-SOULAGES. Hallucinations visuelles différenciées tardives chez une femme aveugle depuis plus de vingt ans, 409.
- , Délire aigu après vaccinations terminées par la mort, 447.
- , Les injections d'huile soufrée dans les maladies mentales, 352.
- TRUEB (H.). Le point de vue du malade dans le mécanisme de la guérison, 128.
- TULLIO (Benigno di). Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 403.
- TUMIATI (Corrado). L'hygiène mentale dans l'éducation familiale, 373.
- TUSQUES (Jean). Les troubles endocriniens dans les états d'excitation, 45, 274.

TAYLOR (C.). V. *Howard*.

TCHERNIKOF (V. V.). V. *Besonglov*.

—, V. *Litvak*.

U

URBINO. Traitement du parkinsonisme par l'extrait de racine de belladone, 125.

URECHIA. La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 409.

V

VAGUE (J.). V. *Roger*.

VERCIER (René). V. *Delmond*.

VERMEYLEN (G.). La législation de l'enfance anormale, 375.

— La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 409.

— V. *Dujardin*.

VERSTRAETEN (P.). Thérapeutique convulsivante de la psychose maniaco-dépressive, 654.

— Thérapeutique convulsivante, 700.

VERVAECK (Louis). Protection sociale et assistance aux anormaux délinquants et criminels, 388.

VERVAECK (Paul). La débilité mentale, cause de délinquance juvénile, 409.

VIDART (Lionel). Tendances actuelles de l'assistance psychiatrique en France et à l'étranger, 716.

VIÉ (J.) et CARON (M.). Précisions chronologiques sur le début d'un délire hallucinatoire chez un paralytique général, 74.

— et SOURIAU. Accès délirant hallucinatoire basé sur des hallucinations olfactives prédominantes, 79.

— Augmentation du nombre des aliénés, 382.

— et VILLEMEZ (M.). Les démences véraniques, 816.

VIZIOLI (Francesco). Atteinte des cellules radiculaires de la moelle antérieure dans les polynévrites, 556.

VILLEMEZ (M.). V. *Vié*.

VOGT-POPP (Mme Claire). Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 403.

W

WALCHER (K.). V. *Merkel*.

WALLON. Les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile, 393.

WAREMBOURG (Henri) et DRIESSENS (Jules). Hyperpolypeptidémie au cours du tétanos, 562.

WEATHERLY (L. A.). Episodes d'une longue carrière d'aliéniste, 569.

WECHSLER (Z.). Délinquants anciens expertisés, 570.

WEGIERKO (J.). Léger choc insulinaire comme moyen hypnotique et analgésique, 141.

WEIGL (E.). L'énurésie, 399.

WESPI (H.). Fonctions végétatives dans le traitement insulinaire de la schizophrénie, 839.

WILLIAMS (Tom A.). L'attitude antisociale de la jeunesse et sa prévention, 375.

— Enseignement de l'hygiène mentale, 376.

WIMMER (Aug.). Recherches scientifiques urgentes pour la prophylaxie des troubles mentaux, 391.

WINTSCH. Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile, 397.

WITEK (St.). V. *Borysowicz*.

WOORTHYSEN (A. van). Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant, 404.

WORTHIS (I.). Insulinothérapie des psychoses, méthode de Sakel, en Amérique, 844.

X

XIRAU. L'amour et la perception des valeurs, 332.

Z

ZALEWSKI (W.). V. *Borysowicz*.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE AVEC LA SCHIZOPHRENIE ⁽¹⁾

PAR

HENRI CLAUDE

Voici un canevas de discussion sur les rapports possibles de l'hystérie avec la schizophrénie.

Bien que la question de la définition de l'hystérie, de la nature des accidents rapportés à cette maladie, ait paru épuiser l'attention des neurologistes, il semble bien que tout n'ait pas été dit depuis 30 ans sur ce sujet.

Si Lasègue a proclamé que l'hystérie ne serait jamais définie et qu'il fallait presque jeter ce sujet au rebut, je pense qu'il n'est pas inutile de le remettre sur le chantier, en se plaçant particulièrement sur le plan psychiatrique, c'est-à-dire en étudiant quels rapports peuvent unir les manifestations dites hystériques et certains troubles qu'observent les psychiatres dans le domaine des accidents schizophréniques.

(1) Rapport présenté par M. le Professeur Henri CLAUDE à la *Société Médico-Psychologique*, le lundi 26 juillet 1936 [1^{re} séance, à 9 heures 15, au siège social de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine à Paris (VI^e arr.)]

Remarquons toutefois dès à présent que, si la présentation spectaculaire de l'hystérie ne nous impressionne plus actuellement, si elle a été reléguée parmi des souvenirs d'une époque historique, si elle a succombé aux attaques de Babinski et de son école, il convient cependant dès maintenant de se souvenir que le grand maître de la Salpêtrière avait pourtant approfondi certains mécanismes qui aujourd'hui permettent bien de penser qu'il n'avait pas été le jouet de fâcheuses illusions. Charcot avait déjà vu que certaines perturbations psychiques, en dehors de la volonté des sujets, pouvaient engendrer des phénomènes moteurs capables de simuler des maladies organiques, tout en reconnaissant que ces phénomènes moteurs n'étaient autres que des « paralysies dynamiques » par exemple, de nature purement psychique, et qu'il considérait comme tout à fait analogues, pour le moins, disait-il, aux paralysies hystériques.

J'ai cru bon de rappeler cette pensée du grand neurologiste sous l'égide de qui je me placerai en évoquant les états fonctionnels que l'on reconnaît de plus en plus aujourd'hui comme caractérisant les accidents hystériques.

Certes, l'assaut donné aux anciennes conceptions de la Salpêtrière sur l'hystérie a été rude : il a été tout à fait méritoire, car il a fait la séparation entre les manifestations de base organique et celles que l'on considérait comme sans substratum anatomique, ce qui ne voulait pas dire qu'on en connût la nature. Cette discrimination a conduit à la fameuse conception de l'hystérie, maladie dont les représentations étaient engendrées par la suggestion et qui devaient disparaître par la persuasion ou la contre-suggestion. Le corollaire en était que tous les accidents hystériques pouvaient être provoqués par la volonté, sans qu'on spécifiât d'ailleurs par la volonté de qui. Or, tout le monde n'est pas capable de reproduire, — même à supposer que la volonté soit strictement à l'origine des troubles, — des accidents du type hystérique. C'est précisément sur quoi on n'a pas assez attiré l'attention.

Ajoutons même que l'autre élément produit en faveur de la nature suggestive de ces troubles, à savoir qu'ils pouvaient être créés à volonté par la suggestion extérieure, ne s'applique qu'à un nombre très limité de sujets et qu'il n'est pas donné de reproduire, même avec un sujet entraîné, toute la gamme des phénomènes hystériques. Certes, ce qui a jeté un discrédit sur les individus qui présentaient les symptômes de la maladie, c'est qu'un très grand nombre d'entre eux étaient entachés d'aptitudes constitutionnelles défavorables : tendances mythomaniques,

perverses, utilitaires, etc., de sorte qu'on en est resté à la notion d'apparences morbides essentiellement suspectes et auxquelles on ne pouvait attribuer aucun caractère méritant de retenir l'attention. Beaucoup d'auteurs demeurent attachés à cette conception, en France du moins.

Il convient de reconnaître toutefois que presque partout à l'étranger on a cherché à étudier de plus près ce que valaient ces apparences, ce que représentaient ces différents troubles dits fonctionnels et tout le monde n'a pas rejeté par-dessus bord cette symptomatologie.

Il ne m'appartient pas de tenter de réhabiliter l'hystérie, comme on l'a dit, mais je voudrais en me plaçant en face d'éléments nouveaux chercher à comprendre comment se développent, comment s'édifient certaines extériorisations d'un état dont l'importance, tout au moins au point de vue médico-légal, mérite d'être prise en considération.

A quoi ont tendu les efforts de Babinski et de son école ? A nous démontrer que l'hystérie était la « grande simulatrice », que même elle n'impressionnait que quelques esprits naïfs, qu'elle était l'expression d'un mécanisme imaginatif parfois même simplement utilitaire à divers points de vue, qu'il n'y avait donc pas lieu de lui laisser une place quelconque dans le domaine des réalités cliniques puisqu'elle n'avait pas de base anatomo-pathologique, qu'elle ne dépendait que de la fantaisie.

Mais encore une fois le mécanisme de certaines de ces apparences, dont le caractère essentiel était la curabilité, n'était pas élucidé. On l'attribuait à une action volontaire ; si celle-ci était consciente, c'était de la simulation, ou bien si elle était inconsciente, il fallait imaginer un autre mécanisme, lequel ? Comme je le disais un peu plus haut, tout le monde ne peut pas arriver à réaliser pendant des heures, — à plus forte raison des semaines et des mois, — un certain nombre d'attitudes ou de manifestations psycho-motrices d'un caractère souvent essentiellement pénible. Les affirmations simples ne suffisaient plus, surtout quand on s'est rendu compte que dans le domaine neuro-psychiatrique, ou même uniquement psychiatrique, on observait des faits qui s'apparentaient dans une certaine mesure à ce qui a été décrit sous le nom d'hystérie.

Il convient donc de revenir sur l'étude de ces manifestations fonctionnelles à la lumière de faits qui ont été étudiés de plus près dans ces dernières années, et qui peut-être jettent un jour nouveau sur des états psychologiques ou psycho-pathologiques qui méritent d'être retenus.

L'analyse du caractère rigide, plus ou moins soutenu, de la volonté dans ces cas, demande, — toute question de conscience mise à part, — à être poursuivie.



Je m'excuse de revenir sur des faits qui avaient déjà longuement fixé mon attention quand, au Congrès de Neurologie de Genève-Lausanne (1907), j'essayais de définir les caractères des accidents hystériques en les attribuant « à la faculté que possèdent certains sujets d'isoler d'une façon demi-consciente et surtout inconsciente certaines perceptions ou aperceptions et de leur laisser prendre pendant un temps plus ou moins long, en dehors d'une activité psychique vigilante supérieure, une importance telle qu'elle exerce une action dynamogénique considérable sur certaines fonctions ». Je ne repoussais donc nullement à ce moment, en face de ces faits, l'influence de la suggestion et de la persuasion; je cherchais seulement à savoir quel en pouvait être le mécanisme psychologique. Ceci se passait en 1907 et dans la discussion qui suivit j'avais donc trouvé un terrain d'accord très courtois avec Babinski, pour qui j'ai toujours professé la plus respectueuse admiration et qui ne demandait d'ailleurs qu'à faire certaines concessions sur ce terrain.

Plus tard, d'autres auteurs émirent des opinions très voisines qui permettaient de progresser dans cette conception psychologique de la « dissociation des états fonctionnels » auxquels je m'intéressais dès l'origine.

En 1909, M. Janet, dans son livre des Névroses parlant de l'hystérie, insiste sur la « tendance à la dissociation et à l'émancipation de système d'idées et de fonctions qui, par leur synthèse, constituent la personnalité ».

Binet et Simon, également, cherchaient à mettre en relief des « états de séparation de conscience » qu'ils décelaient dans les manifestations hystériques.

Chaslin, dans son *Traité*, revient continuellement sur « la fragmentation de la personnalité » qui aboutit à des actes essentiellement dissociés.

Enfin, la notion de dissociation, caractérisée par le terme de schizophrénie, prend une grande importance en 1912 avec le *Traité* de Bleuler, qui étend même d'une façon presque démesurée à toutes sortes de conditions psychopathologiques cette notion de dissociation, conjointement avec l'autisme, avec la séparation du monde extérieur, etc. On peut dire toutefois que

l'œuvre de Bleuler témoigne d'un effort d'une extrême importance entre les tendances de la personnalité d'apparence normale et celles de la personnalité morbide.

Mais nous étions encore, à cette époque, peu enclins à appliquer cette doctrine des états schizoïdes à l'hystérie, et pendant toutes les discussions qui surgirent à propos de la neurologie de guerre, aussi bien sur l'émotion, sur l'hystérie, sur les troubles psychopathiques ou mentaux, il ne fut guère question de ces aptitudes constitutionnelles à la dissociation.

Dans la première édition de mon *Traité de Neurologie*, en 1922, je revins néanmoins sur le sujet qui avait déjà retenu mon attention quand je traitai de l'hystérie, et je modifiai ma définition en y ajoutant l'élément de fixation. Ma définition devint alors la suivante : l'hystérie est caractérisée par la capacité pour certains sujets d'*isoler* et de *fixer* certaines manifestations des activités motrices, sensitives ou psychiques, en dehors de toute activité volontaire et consciente, pour aboutir à des manifestations infiniment variées et qui n'ont qu'un caractère transitoire.

Restait à expliquer pourquoi ces apparences si diverses ne se traduisaient pas par une activité volontaire nettement apparente, pourquoi la vigilance du sujet, en quelque sorte dans la fixation de ses perturbations fonctionnelles isolées, ne se traduisait pas par les signes habituels d'une volonté consciente, pourquoi il s'agissait en un mot de représentations ayant un caractère en quelque sorte automatique dont la persistance échappait aux efforts d'opposition intéressés du sujet.

Il convient ici de mettre une fois de plus en relief combien dans la majorité des cas les accidents hystériques ne s'accompagnent pas, même dans les attitudes les plus pénibles d'efforts, de fatigue, et de tout ce qui découle d'une volonté tendue pendant des temps infiniment prolongés.

Un autre caractère mis en évidence encore par Chaslin, c'est l'indifférence avec laquelle l'hystérique accueille et supporte sa maladie ; l'hystérique promène sa paralysie comme le catatonique maintient sa catalepsie. Un de nos malades de 50 ans, atteint d'hémiplégie avec hémianesthésie, consécutive, après une phase de retardement, à une décharge électrique sans brûlure, accepte son infirmité avec une apathie absolue. Il assiste à nos efforts de restauration de sa sensibilité et de sa motricité avec une aménité indulgente, qui ne se dément pas malgré l'intensité insupportable pour tout autre sujet des courants que nous adjoignons à nos stimulations par la parole.

Ce rapprochement peut s'appliquer également aux troubles psychopathiques de l'hystérique, comme à ceux du schizophrène, et tout le monde a vu de ces présentations de type acrobatique de certains hystériques qui étaient hors des possibilités du sujet normal capable du maximum d'effort de volonté. Ces sujets n'extériorisent pas le moindre signe de fatigue, de même que certaines agitations choréiques qui auraient lassé les danseurs professionnels les plus entraînés.

L'une de nos malades, atteinte de crises de narcolepsie, avec permanence de la position horizontale, et pont (tête et pieds sur le dossier de deux chaises) a fini internée, après deux ans d'observation, schizophrène manifeste.

Ces constatations conduisaient donc à rechercher quel était l'état fonctionnel de ces malades présentant la symptomatologie dite hystérique, surtout quand ils revêtent de plus en plus les caractères de la démence précoce, de la schizophrénie.

N'était-il donc pas indiqué dans ces conditions de rechercher s'il y avait un mécanisme physiopathologique qui pouvait nous conduire à voir un rapprochement entre l'état hystérique et l'état schizophrénique, particulièrement sous une des formes les plus impressionnantes : l'état catatonique ?

En raison de certaines analogies cliniques, les investigations biologiques devaient porter tout d'abord sur les attitudes et les états musculaires considérés dans le parkinsonisme ou dans la catalepsie catatonique, conditions qui, pour une part, sont partiellement réalisées dans les apparences de certains hystériques ; je dois dire qu'en ce qui concerne le parkinson, les recherches relatives à l'état musculaire, entre les mains de Delmas-Marsalet, comme de Baruk, ont montré des différences physiologiques très nettes avec ce que l'on observe dans certaines attitudes hystériques. Il n'en fut pas de même dans les recherches que nous avons poursuivies avec Baruk sur les attitudes cataleptoïdes des catatoniques.

Il est certain que déjà au point de vue clinique l'attention était éveillée sur certaines ressemblances : on sait que des catatoniques complètement immobiles et en apparence indifférents révèlent, quand ils sont sortis de leur état maladif, qu'ils étaient parfaitement au courant de ce qui se passait autour d'eux, et nullement insensibles comme ils le paraissaient. Certains sont susceptibles d'interrompre leur rigidité de statue, pour descendre de leur lit, aller au voisinage chercher un journal, chercher un aliment quelconque et reprendre ensuite leur position.

Bien d'autres faits montrent que leur activité, en apparence supprimée, est toujours susceptible de se réveiller momentanément.

Des recherches plus complètes encore ont montré, en collaboration avec Baruk et Thévenard, que les rythmes des inscriptions myographiques présentaient de grandes analogies dans l'hystérie et dans la catatonie. Le rythme de Phipper à 10 ou 12 oscillations coupées par des oscillations majeures se retrouve dans l'un comme dans l'autre cas, alors que dans le parkinsonisme ou dans les états organiques, l'inscription myographique présente une régularité tout à fait différente. Ces courbes des hystériques comme des catatoniques se rapprochent en somme du rythme des contractions volontaires, bien que toutes les apparences soient pour qu'il n'y ait pas d'activité volitionnelle soutenue.

De même, autrefois, nous avons constaté avec Dreyfus-Rose que les inscriptions de clonus du pied que présentaient certains hystériques contracturés étaient tout à fait différentes de l'inscription graphique du clonus du pied des organiques en ce fait que les oscillations du pied dans l'organique sont absolument régulières dans le temps comme au point de vue de l'amplitude tandis que le clonus hystérique est irrégulier et par conséquent implique une certaine action volitionnelle plus ou moins consciente, en tous cas, soutenue sans effort et souvent inépuisable.

Enfin, chez l'hystérique comme chez le catatonique, il a été possible d'observer que l'excitation voltaïque du labyrinthe pouvait être supportée sans vertiges et sans douleurs, aussi bien chez certains catatoniques que chez certains hystériques, — ce qui allait de pair avec des constatations faites sur la résistance de la sensibilité cutanée dans certains cas, — Hautant avait fait les mêmes constatations sur le labyrinthe de sourds hystériques.

De plus, certaines réactions pharmacodynamiques constatées par Tinel et Lamache montraient chez des hystériques à crises épileptoïdes ou dans des cas de somnolence narcoleptique, des résistances particulières laissant supposer que les activités fonctionnelles de certains systèmes organo-végétatifs étaient profondément troublées.

Sans multiplier ces constatations, nous relevons dans ces faits la notion de dynamismes perturbés de certains systèmes et cela en dehors de toute tension volitionnelle ayant un caractère réalisateur. Mais c'est surtout sur le domaine clinique que les analogies ont frappé bien des cliniciens quand ils observaient certaines maladies portant sur l'appareil endocrino-sympathique au cours d'altérations du système extra-pyramidal ; et des rappro-

chements tendaient à s'imposer à l'esprit. Ils ont pris de plus en plus de consistance à mesure que, sortant de l'analyse symptomatique, on cherchait à provoquer expérimentalement certaines réactions.



Il est certain que l'encéphalite a montré que sous l'influence de l'émotion ou même de la contagion des groupements symptomatiques pouvaient se produire chez les malades qui paraissaient complètement en dehors d'une activité volitionnelle et qui, néanmoins, reproduisaient des phénomènes assez semblables à ce qu'on observe dans l'hystérie. C'est pourquoi on a été tenté de mettre en cause des mécanismes fonctionnels d'ordre vasculaire ou humoral frappant tout l'ensemble du système extra-pyramidal ou des centres sous-corticaux ; ceux-ci pouvaient être appelés parfois ainsi à se libérer des centres hiérarchiquement supérieurs.

Rappelons seulement que Calligaris a attribué certains phénomènes moteurs chez des hystériques à des excitations extra-pyramidales ; que Sterck (1926) s'attacha à des faits de même ordre. Kinnier Wilson, dès 1928, et dans d'autres publications postérieures, voit un rapport entre la crise hystérique et les manifestations de la décérébration expérimentale. Reproduisons son texte : « Si nous nous représentons le degré le plus superficiel de la dissociation hystérique, celui qui intéresserait le niveau des neurones trans-corticaux, les mouvements libérés auront un aspect volontaire et complexe ressemblant à une activité motrice normale, sans qu'il y ait en elle toutefois une participation pleinement consciente. De cette façon, les mouvements d'une crise hystérique reçoivent leur explication physiologique d'une manière analogue aux désordres fonctionnels provoqués par la décérébration expérimentale. »

Dans ces dernières années, Van Bogaert et Delbek, dès 1926 et, dans les années successives, particulièrement Van Bogaert, dans son rapport au Congrès de Bruxelles en 1935, insistent sur ces expressions neurologiques voisines de celles qui résultent d'altérations organiques et qui sont provoquées par l'émotivité sur un terrain endocrino-sympathique. « L'essentiel du trouble hystérique, dit-il, réside dans une fragilité particulière de toutes les fonctions d'intégration de celui-ci, telle que sous l'effet d'émotions, pour un sujet sain, subliminales, se réalisent chez lui des dissociations neuronales qu'il est incapable ultérieurement de dominer, abandonné à ses seules énergies. On voit chez

lui des inhibitions plus ou moins étendues, mettant des fonctions cérébrales entières hors de portée du contrôle volontaire, et en libérant d'autres. »

Je suis donc complètement d'accord avec le rapporteur du Congrès d'Anvers pour les termes comme pour les idées sur ce qu'il appelle cette « *fixation d'attitude* », née pour lui sous l'influence d'écarts considérables du fonctionnement du système nerveux normal (voir ma définition plus haut). Ce processus d'isolement et de fixation, d'origine psychique ou de dissociation, sur lequel j'ai insisté encore en 1918, quand, avec Lhermitte, j'étudiais les modifications des réflexes tendineux chez les contracturés hystériques que l'anesthésie la plus profonde n'arrivait pas à supprimer, mérite de retenir l'attention des esprits non prévenus.

En somme, pour Van Bogaert, qui avait surtout en vue l'analogie de certaines crises oculogyres se produisant chez les post-encéphalitiques, avec certaines manifestations hystériques tributaires de l'émotion ou de la contagion, cet appareil symptomatique traduit avant tout des modifications transitoires du système extra-pyramidal. Ces crises se produisent par un mécanisme de suggestion dans certains cas, et cessent également par suggestion, ce qui montre la parenté, peut-on dire, des affections de type fonctionnel aussi bien chez des malades organiques que chez des sujets en apparence normaux. Il est vrai que ceux-ci présentent une charge affective telle que les influences psychiques déterminent chez eux des faits analogues à ce qui existe chez d'autres sujets dont le système nerveux a été particulièrement sensibilisé par des états organiques.

Marinesco, de même, a invoqué, pour schématiser le mécanisme de l'hystérie, une modification particulière de l'excitabilité des centres sous-corticaux qu'a rappelée Van Bogaert. Cette dernière entraînerait par induction réciproque des modifications inverses de l'excitabilité corticale dans le sens d'une inhibition chronique et d'états qui favoriseraient à leur tour la libération de certains appareils sous-corticaux.

Plus récemment, Pavlov, dans les derniers temps de sa vie (1936), avait porté son attention aussi sur ce mécanisme des phénomènes hystériques qu'il rattachait à des activités dissociées des centres corticaux et sous-corticaux. Il est intéressant de reproduire la conception du physiologiste russe, bien qu'il s'agisse là encore de considérations hypothétiques, mais celles-ci reposent néanmoins sur des vues ingénieuses d'un esprit que

l'étude des réflexes conditionnels avait déjà porté à attacher une grosse importance aux activités des centres sous-corticaux.

La doctrine de Pavlov, énoncée en 1936, peut être résumée de la façon suivante : les activités fonctionnelles psycho-motrices sont sous la dépendance : 1° des centres sous-corticaux, les premiers en date au point de vue du développement ontogénique, et que l'on considère comme l'origine des réflexes inconditionnés (instincts, tendances, affect) ; 2° d'un autre système coordinateur, le dernier au point de vue du développement, beaucoup plus fragile et qu'on localise dans les lobes frontaux. Ce dernier système est celui qui se laisse le plus facilement envahir lors des conditions d'inhibition les plus variées (émotions, commotions), et qui apparaît le plus facilement touché au cours des premiers degrés de l'état hypnotique. Ultérieurement, dans la succession des faits, c'est le premier système, système sous-cortical qui, libéré de l'action régulatrice du système coordinateur supérieur, se montre au premier plan sous la forme de rêveries, par exemple, ou plus généralement, d'états oniriques.

On conçoit ainsi que cette dernière forme de vie psychique ait un caractère quelque peu chaotique ; la perte du contact avec la réalité se dessine nettement, soumise qu'elle est plus facilement aux influences émotives réglées par les centres sous-corticaux.

Pavlov fut amené dans ces conditions à faire allusion aux troubles de la synthèse psychique suivant la conception de Janet. En conclusion, il put déclarer que dans l'hystérie il y avait désunion, disparition de la hiérarchie naturelle des activités, laquelle hiérarchie est la charpente de notre personnalité et constitue l'intégrité de notre moi.

Cette notion de la hiérarchie des centres rappelle singulièrement la conception déjà ancienne de Hughlings-Jackson et la théorie des dissolutions fonctionnelles aboutissant aux interrelations des divers centres cérébraux et à la libération fonctionnelle de certains d'entre eux. Il s'agit là en somme de constructions intéressantes concernant les interdépendances des centres psychiques et psycho-moteurs, mais la démonstration des phénomènes, expression d'un tel mécanisme, restait à faire.

Or, dans la conception de l'hystérie, maladie de la suggestion, il était en quelque sorte sous-entendu que les caractères de cette psycho-névrose l'intégraient dans les diverses expressions d'ordre volontaire, expressions conscientes, ou peut-être seulement crépusculaires et l'on sait que l'œuvre capitale de Babinski

avait été de démontrer que toutes les manifestations hystériques pouvaient être reproduites par la volonté, tandis que certains signes caractéristiques de la notion d'organicité de certains symptômes apparaissaient nettement absents.

Si l'on se place sur le terrain des activités fonctionnelles de certains systèmes corticaux ou sous-corticaux, on peut admettre que ces activités fonctionnelles puissent être indépendantes de lésions irritatives ou destructives. Il y a même des conditions qui traduisent simplement un état variable du tonus des centres nerveux, pouvant se modifier sous des influences occasionnelles : humorales, vasculaires ou dépendantes des ergies du système endocrino-végétatif.

On sait bien qu'au cours d'états d'inhibition grave, d'ordre réflexe, on peut voir des modifications de la motricité, de l'activité fonctionnelle du cœur et même des pupilles, qui s'apparentent à des troubles lésionnels d'apparence organique. Les constatations récentes faites d'autre part au cours de perturbations humorales provoquées par certaines interventions thérapeutiques offrent des apparences de même ordre. C'est ainsi qu'au cours de la thérapeutique insulinique de choc, on peut observer des attitudes hallucinatoires, donnant le tableau de l'anxiété la plus dramatique, et au cours de ces états d'excitation transitoire qui reproduisent la plupart des agitations psychomotrices de l'hystérie classique d'autrefois, on peut observer passagèrement le signe de l'orteil, des modifications pupillaires, de la paralysie de certains nerfs craniens (6^e paire, par exemple), les convulsions épileptiformes. Or, tout ce tableau clinique impressionnant cédait rapidement à l'ingestion de sucre. La modification humorale temporaire provoquée a transformé passagèrement seulement l'équilibre des synergies fonctionnelles des centres.

Récemment, nous constatons encore sous l'influence d'injections thérapeutiques de cardiazol les mêmes phénomènes (signe de l'orteil, aréflexie pupillaire, épilepsie, se développant subitement et disparaissant en l'espace de quelques minutes). La récupération fonctionnelle chez ces sujets, s'opérant avec une telle rapidité, a donc bien les apparences d'un état dynamique qui prend le masque d'un syndrome d'origine organique, lequel traduit seulement une dissociation partielle et temporaire de certaines activités fonctionnelles.

N'est-il pas permis de penser que sous l'influence de charges affectives renforcées encore par certaines conditions endocrino-sympathiques, de pareilles perturbations fonctionnelles puissent

aboutir à créer passagèrement une symptomatologie assez déconcertante ? Celle-ci traduit la dérégulation de processus moteurs, sensitifs, psychomoteurs, ou même psychiques aboutissant au tableau de la dissociation, de la fragmentation de la personnalité, à laquelle nous faisons allusion plus haut. Cette dissociation peut être suivie de toutes sortes de phénomènes secondaires, au hasard des divers événements extérieurs.

Or, précisément, cette capacité de mettre en jeu les activités fonctionnelles de certains systèmes apparaît à des degrés variables, et surtout d'une façon inégale dans le temps, aussi bien chez l'hystérique que chez le schizoïde, et a surtout un caractère définitif dans les cas de schizophrénie avérée.

Une de nos malades de 48 ans a manifesté des signes d'un état délirant de type schizoïde (comportement anti-social, vivant dans des conditions sordides, négation de l'accouchement clandestin de sa fille, non déclaration à l'état-civil de l'enfant de celle-ci, enfin lettres incohérentes à un député). Cette femme relativement calme et docile dans le service, fait à l'occasion d'une chute sans gravité une contracture permanente de tous les segments du membre supérieur gauche, avec hyperalgésie. Aucun signe d'organicité à la radio, disparition des troubles sous l'anesthésie, mais, dès la cessation de l'anesthésie, retour des phénomènes auxquels aucun moyen d'invigoration physio-psychothérapique ne peut porter remède.

Ces deux catégories de malades (hystérique ou schizophrénique) offrent donc également des manifestations de dissociation psychique ou psychomotrice qui sont reliées par des traits communs, de sorte qu'on pourrait constituer un groupe des affections relevant du même processus pathogénique qui constituerait le groupe de ce que j'ai appelé les schizoses, groupe intermédiaire entre les névroses, expression des perturbations du système végétatif, et les psychoses proprement dites traduisant les perturbations du psychisme normal. Ici, toutefois, intervient au premier rang la notion du temps, car la différence capitale qui apparaît dans les expressions de ces diverses schizoses, c'est la profondeur, la gravité du processus dissociatif ; dans les états schizoïdes ou schizophréniques, la dissociation est durable, souvent permanente, définitive. Dans le groupe des affections dites hystériques, la dissociation est essentiellement superficielle et temporaire. De plus, cette dissociation se présente sous les allures de manifestations accidentelles banales, souvent mises en jeu par l'émotion, la douleur physique ou morale, et comme cette dissociation n'est que très superficielle,

on conçoit facilement qu'elle peut être réduite soit par la persuasion, soit par tous les procédés de contre-suggestion.

Ces formes banales qui voisinent avec les répercussions émotives de certains chocs accidentels, c'est essentiellement le pithiatisme. Aussi n'attache-t-on à celui-ci que le degré d'intérêt qu'il mérite. Toutefois, il convient de ne pas le traiter avec indifférence et de le combattre de bonne heure car la persévération des expressions banales de ce pithiatisme engendre la fixation d'un trouble primitivement léger et la survenue de phénomènes secondaires auxquels s'ajoutent des éléments nouveaux, accessoires, qu'on a décrits sous le nom de manifestations psychopathiques. D'autre part, il n'est pas douteux que sur certains terrains la dissociation peut prendre un caractère beaucoup plus grave ; elle est d'emblée fixée sous une forme très résistante et les tendances psychologiques anormales prennent de plus en plus corps sous l'influence de la durée. Ce syndrome s'enrichit de complexes d'ordres divers qui puisent leur origine dans de multiples événements enregistrés depuis l'enfance et qui avaient été refoulés.

Peut-être trouvera-t-on dans la notion psycho-pathologique que nous développons l'explication pathogénique du passage d'un tableau clinique ne revêtant que les allures de l'hystérie aux psychoses caractéristiques de l'état schizophrénique. Il convient d'ailleurs de souligner qu'ainsi peuvent s'expliquer les cas de rémission, de transformations passagères de certaines schizophrénies, qui oscillent entre les caractères de l'une et de l'autre maladie.

Cette esquisse que nous retraçons, avec toutes les réserves opportunes, de l'évolution des manifestations psychopathiques hystériques classées autrefois comme « folies hystériques » et qui reparaissent maintenant dans les certificats sous la dénomination de « schizophrénies », ne peut être acceptée que comme un effort vers des recherches nouvelles. Les indications que nous apporte la clinique ne contiennent d'abord que des éléments caractéristiques de cette charpente que nous avons ébauchée ; l'édifice ne prend corps le plus souvent qu'avec l'addition de toutes sortes de décors pathologiques, si l'on peut ainsi dire, traduisant des tendances maniaques, paranoïaques, ou même des efforts compensateurs qui s'opposent à l'évolution de la maladie primitive, ou la complètent, comme cela s'observe si souvent.

Mais ceci nous entraînerait en dehors de la question sur laquelle nous attirons l'attention, à savoir les rapports qui unis-

sent les accidents hystériques aux manifestations schizophréniques.

En terminant, nous dirions volontiers, — bien que nous ne nous dissimulions pas le danger qu'il y a à établir des formules trop étroites, — nous dirions donc que beaucoup d'hystériques ou même de pithiatiques nous apparaissent comme ayant des caractères s'apparentant à des formes de schizophrénie larvée, et que la conception de l'hystérie, si discutée, pourrait trouver un réel bénéfice à être envisagée sous l'angle des manifestations neuro-psychiatriques de l'ordre des dissociations schizophréniques : l'hystérie serait donc un aspect des formes multiples des schizoses. Loin de nous l'idée de voir les hystériques comme des candidats éventuels sinon habituels à la schizophrénie. Il y a lieu toutefois de penser qu'en raison de l'analogie des éléments que nous rencontrons dans la structure des états schizoïdes et des états hystériques, les formes de passage de l'un à l'autre syndrome peuvent être envisagées.

LES TROUBLES ENDOCRINIENS DANS LES ETATS D'EXCITATION (1)

PAR

JEAN TUSQUES

La découverte des glandes endocrines fit naître un grand espoir chez les médecins en général et chez les psychiatres en particulier. Cet espoir fut encouragé par la constatation d'une incontestable influence des sécrétions internes sur l'activité psychique, influence qu'établit par exemple l'étude de la pathologie thyroïdienne. Et de nombreux chercheurs furent tout naturellement portés à voir dans des troubles des sécrétions internes le *primum movens* des « maladies mentales » à étiologie particulièrement mystérieuse, pour lesquelles l'explication « préformiste » (dégénérescence, constitution) paraissait tout de même un peu simple. Ainsi naquit toute une floraison anarchique de travaux fragmentaires, généralement destinés non pas à contrôler une hypothèse, mais à rendre vraisemblables quelques hâtives théories.

En 1908, au cours de la discussion du rapport de Laignel-Lavastine (91) sur les « *Troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne* », H. Claude (43) constatait « que nous ne savons rien de précis sur cet immense sujet et que, dans la plupart des cas, on ne peut émettre que des hypothèses sur les relations qui existent entre les troubles psychiques et les perturbations des glandes endocrines » ; et il déclarait qu'« il eût été préférable... de limiter le problème, et, au lieu de rechercher les conséquences générales au point de vue psychique des modifications de toutes les glandes à sécrétion interne, de nous restreindre à l'examen de celles-ci dans un état

(1) Rapport présenté par M. le Dr Jean TUSQUES, à la Société Médico-Psychologique, le lundi 26 juillet 1936 [2^e séance, à 3 heures précises, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arr.)]

morbide bien déterminé ». C'est cette idée que reprit la Société Médico-Psychologique lorsqu'elle décida de mettre à l'ordre du jour de sa séance du 26 juillet 1937 l'étude des *Troubles endocriniens dans les états d'excitation*. Lorsque la Société Médico-Psychologique m'eut fait l'honneur de me désigner comme rapporteur de cette question, je résolus, afin de donner une base plus précise à la discussion, de limiter la notion d'« états d'excitation » à celle de « syndrome maniaque » tel qu'il est aujourd'hui classique, non-symptomatique d'un processus infectieux ou exotoxique connu, répondant à l'accès de manie de la folie maniaque-dépressive de Kraepelin. Certes, même ainsi réduite, cette notion reste encore mal limitée, puisqu'on peut observer tous les intermédiaires entre l'état maniaque « pur » et des états plus complexes comme les états schizomaniaques. Mais c'est là une inévitable imperfection, les limites ne pouvant être qu'arbitraires, puisque ce sont les théories qui les projettent dans les faits.

Je n'apporte, dans l'exposé qui suit, aucun travail original. Peut-être vaut-il mieux, en l'occurrence, qu'une mise au point soit tentée par quelqu'un qui n'a aucune « publication » à défendre sur cette question...

Je me bornerai, en raison des faibles dimensions de la place qui m'est attribuée, à faire un exposé critique des faits, suivi d'un très bref commentaire sur les théories et les méthodes utilisées.

I. Exposé critique des faits

Je divise cet exposé d'après les méthodes suivies en : A) Investigations cliniques ; B) Investigations thérapeutiques ; C) Investigations anatomo-pathologiques ; D) Investigations biologiques et biochimiques ; E) Investigations diverses indirectes.

A) INVESTIGATIONS CLINIQUES

Je rapporterai sous cette rubrique les différents cas publiés de manie avec troubles endocriniens.

1° *Troubles thyroïdiens*. — Plusieurs auteurs ont signalé la coexistence du syndrome maniaque et du goître exophtalmique : Morel-Mackenzie (110), Meynert (108), Robertson (134), Boettger (23), Jung (85), Cane (36), Savage (145) (manie et mélancolie), Landouzy (92), Hirschl (78). Dans leur travail de 1906,

Parhon et Marbé (121) citent encore : Macdonnel, Jensen, Laehr, Rendu, Richardson, dont je n'ai pas trouvé les références, Johnstone (83), Clarke (42), Mlle Landry et Camus (93), Deny et Merklen (54), rapportent trois cas de coïncidence d'une psychose maniaque dépressive et d'un syndrome basedowien. Dans une statistique de 1913, Parhon (117), trouve, sur 86 cas de psychoses chez des basedowiens, « 67 fois des troubles relevant surtout de la pathologie de l'affectivité (manie, mélancolie, psychose maniaque dépressive, phobies, obsessions) » ; l'auteur ne précise malheureusement pas la proportion de ces différentes formes pathologiques. En 1914, Arsimoles et Legrand (14 bis) rapportent l'observation d'une femme atteinte de maladie de Basedow et présentant des accès de dépression et d'excitation du type hypomaniaque. Ces auteurs soulignent, ainsi que Sterz (148), les analogies que l'on peut établir entre l'état mental des basedowiens et les accès de dépression et de manie.

Brissard (28) signale 28,57 0/0 hommes et 18,18 0/0 femmes atteints de psychose maniaque-dépressive parmi 106 goitreux. Klieneberger (88) déclare, sans étayer davantage son allégation, qu'on rencontre surtout dans les cas légers de psychose maniaque-dépressive, tous les signes d'une excitation thyroïdotoxique dans les états maniaques et quelquefois des manifestations myxoédémateuses dans les états dépressifs. Enfin Alier-Gomez (13) trouve le métabolisme basal abaissé dans la dépression, augmenté dans la manie.

Ces diverses constatations cliniques sont invoquées par les auteurs de théories, à l'appui de l'affirmation du rôle de l'« hyperthyroïdie » dans l'étiologie ou tout au moins la pathogénie du syndrome maniaque. Quelle peut être la valeur de ces données cliniques ? Il faut tout d'abord éliminer la plupart des cas anciens, dans lesquels le diagnostic de « manie » correspond à toute autre chose (confusion, délire aigu, etc...) qu'à ce que l'on entend par ce mot actuellement, comme on peut le constater à la lecture des observations de Morel-Mackenzie (110), Meynert (108), Robertson (134), Boettger (23), Jung (85), Cane (36), Johnstone (83), Clarke (42), Hirschl (78). Ensuite, il faut tenir compte du fait qu'il peut y avoir coexistence des syndromes basedowien et maniaque sans que puisse même se poser la question de relation de cause à effet entre l'un et l'autre ; c'est ainsi que René Charpentier et Courbon (40) constatent dans leur cas de maladie de Basedow et psychose maniaque-dépressive, que les accès psychiques ont apparu bien avant le syndrome basedowien, et que l'amélioration spontanée de ce

syndrome coïncide avec une recrudescence des accès maniaco-mélancoliques. Enfin, il ne faut pas oublier que si, dans un certain nombre de cas, le syndrome maniaque a été observé au cours de la maladie de Basedow, dans un nombre beaucoup plus grand de cas, c'est un tout autre syndrome qu'on constate. On peut dire que presque tous les aspects psychopathiques peuvent se présenter chez les basedowiens. Ainsi : Boedecker (21) publie quatre cas de troubles psychiques polymorphes au cours de la maladie de Basedow, Renaut (132) rapporte un cas de délire de persécution chez un basedowien, Brunet (30) trouve chez tous les basedowiens avec psychose les caractères des délires des dégénérés, Soukhanoff (147) rapporte un cas de confusion et un cas de mélancolie chez des basedowiens, Ségla (145 *bis*), Devay (56), Trénel et Capgras (151), rapportent des cas de mélancolie chez des basedowiens, Parhon et Marbé (121) observent deux cas de délire onirique au cours de la maladie de Basedow ; Boeteau (22), Dalmas (51) publient de nouveaux cas de délire de persécution chez des basedowiens ; Martin (103), dans sa thèse de 1890, conclut déjà à la diversité des formes des troubles mentaux dans la maladie de Basedow ; Delmas (53), Ingham et Nielsen (79), Vermeylen et Minne (156), Dunlap et Moersch (58), Katzenelbogen et Luton (87), Friedmann et Kauser (66) publient des observations qui montrent que les syndromes psychopathiques provoqués ou déclanchés par un état hyperthyroïdien ne présentent aucun caractère de spécificité et ne se ressemblent en général que par leur aspect de psychoses toxiques avec agitation et confusion ou troubles polymorphes. L'étude des intoxications thyroïdiennes médicamenteuses confirme irréfutablement cette notion : Ferranini (64), Boinet (24) dès 1899 publient des cas de maladie de Basedow avec délire onirique et confusion par ingestion de corps thyroïde en excès. Roque (137) rapporte un cas de délire toxique à type onirique, provoqué par l'ingestion de 6 gr. 72 de thyroïdine en quatre semaines. Dans une étude d'ensemble de 1912, Bon (25) trouve sur six observations d'intoxication thyroïdienne chez l'adulte, un délire onirique, trois états d'irritabilité, un état psychasthénique et un délire aigu. Je n'ai trouvé aucune observation d'accès maniaque déclanché par une ingestion de thyroïde ou d'extrait thyroïdien.

Quant à la coexistence de goître et de manie, elle n'a rien de spécifique ; dans la statistique de Brissard (28), portant sur 106 aliénés goitreux, il y a davantage de déments précoces (39,23 0/0 hommes, 55 0/0 femmes), de déments séniles (27 0/0

hommes, 25 0/0 femmes), d'alcooliques (28,57 0/0), d'oligophrènes (non crétins, 52,65 0/0 hommes et 44,44 0/0 femmes), porteurs de goîtres que de sujets atteints de psychose maniaque-dépressive (28,57 0/0 hommes et 25 0/0 femmes). Des recherches de Coppola (48) sur le même sujet, il ressort que le goître paraît avoir peu d'importance dans l'étiologie des maladies mentales.

En ce qui concerne le métabolisme basal, on sait combien sa mesure est de peu de valeur dans les états d'excitation. Les chiffres d'un travail de 1933, de Rodriguez-Arias, Irazoqui et Ancochea (135) se montrent, dans des cas de mélancolie (+ 23) et d'états mixtes (+ 42) supérieurs à ceux de certains cas d'hypomanie (+ 16).

2° *Troubles hypophysaires.* — Garnier et Santenoise (68) publient une observation de « manie aiguë » avec acromégalie. Les auteurs critiquent eux-mêmes le diagnostic de manie aiguë qui convient en effet assez peu à ce cas, rappelant plutôt la bouffée délirante (confusion mentale, refus d'aliment par crainte d'empoisonnement, amnésie lacunaire). Brunet (30), Joffroy et Roubinovitch (82), Cestan et Halberstadt (38), publient des cas d'acromégalie coïncidant avec des états de dépression et d'excitation. Boyce et Beadles (27) signalent quatre cas de manie chez des sujets qui furent plus tard reconnus atteints de tumeurs hypophysaires. Roubinovitch et Dumont (138) rapportent un cas de psychose maniaque-dépressive chez un acromégale. La lecture de l'observation paraît plutôt révéler l'existence de crises d'agitation avec crises d'épilepsie par tumeur de l'hypophyse (hypertension intra-cranienne). Parhon et Stocker (125) présentent un « cas d'acromégalogigantisme avec psychose maniaque-dépressive ». Mais il ressort de l'observation publiée que le diagnostic d'excitation maniaque s'appuie uniquement sur le fait que le malade « avait apostrophé la statue d'un poète ». X. Abély, P. Abély et Nodet (11) présentent une observation montrant « l'association d'un état d'excitation psychomotrice très marquée avec un syndrome glycosurique et acromégalique qui peut très certainement être attribué à une hyperplasie hypophysaire ».

Là encore, comme pour les troubles thyroïdiens, ces coïncidences n'ont aucune signification spécifique, puisque d'autres observations démontrent la coexistence des mêmes troubles hypophysaires avec toute sorte de troubles psychiques : accès de dépression mélancolique [Dercum (55), Brunet (30), Haskovec

(72), Salomon (144)] ; psychose hallucinatoire [Tanzi (149)] ; délire de persécution systématisé [Blair (20)] ; démence (Farnarier (63)] ; psychasthénie [Parhon, Kreindler et Weigl (120)]. Sainton et Piéron (142) remarquent que les psychoses, au cours des tumeurs de l'hypophyse, sont constituées par des troubles psychiques rentrant dans les grands syndromes habituels. Salmon (143), étudiant « le turbe psichiche d'origine ipofisaria », rencontre un peu tous les aspects séméiologiques (démence, épilepsie, hallucinations visuelles, agitation, confusion, etc...).

3° *Troubles ovariens.* — On sait combien fréquents sont les troubles psychiques au cours de certains stades du fonctionnement ovarien : puberté, menstruation, ménopause. Il n'est pas exceptionnel d'observer des états maniaques, mais il est inutile d'insister sur la rareté de ces états en comparaison des autres manifestations psychopathiques : schizophrénie, délires chroniques, confusion, mélancolie, etc... Je rapporterai cependant une observation particulièrement démonstrative de manie coïncidant avec la menstruation et récidivante, guérie par ingestion de corps jaune, observation publiée dans la thèse de Coquelin (49). On peut se demander si, dans l'ensemble, on n'a pas exagéré le rôle de la menstruation dans l'apparition des troubles psychiques en général et des états d'excitation en particulier. Repond (133), dans une étude portant sur 102 malades de 15 à 54 ans, atteintes de « catatonie, hébéphrénie, psychoses paranoïdes, schizophrénies, formes cyclothymiques, imbécillité avec crises d'excitation, épilepsie, paralysie générale, parkinsonisme post-encéphalitique » n'a pas observé (au cours d'une période variant de 6 mois à 3 ans pour 56 cas, de 3 à 4 mois pour les autres) « que la menstruation provoque une modification quelconque de l'état psychique habituel ».

Quant à la castration, elle ne paraît pas entraîner spécialement d'états maniaques. Les psychoses observées à la suite d'ovariotomie ne présentent aucun caractère de spécificité [Rayneau (130), Margoliès-Kamonetzki (101)].

4° *Troubles glandulaires divers et pluriglandulaires.* — La manie a été rarement observée au cours du diabète. Les descriptions classiques ne parlent guère de cette forme [cf. Marchand et Olivier (100)]. Ey (62) rapporte les cas de Fbrnaca (65), poussées de glycosurie avec accès à type maniaque, de Bonhoeffer (26) et de Pilz (129), association d'accès maniaco-dépressifs et de diabète, de Madigan (98), accès maniaques

alternant avec des poussées glycosuriques, de Cohn (46), manie tardive chez un vieillard diabétique.

Petit (127) décrit chez les maniaques les signes suivants d'« *hyperendocrinie* » : « *hyperinsulinémie*, par hyperfonctionnement du pancréas (avec boulimie, amaigrissement rapide, etc.), *hyper* ou *dysfonctionnement surrénal* (avec hypertension, épistaxis, glycosurie transitoire, et, chez les femmes, virilisme compliqué, hirsutisme simple ou complexe, etc...), *hyperthyroïdie*, à type Basedow plus ou moins accusé (hypertrophie du corps thyroïde, tachycardie, exophtalmie, tremblement, troubles vaso-moteurs, etc...), *hyperorchidie*, avec priapisme fréquent, même chez des maniaques âgés..., *hyperovarie*, avec règles abondantes ou fréquentes, et parfois réapparition des règles supprimées, quand les accès surviennent après la ménopause... » Je pense que tous ces signes, s'ils sont fréquemment observés au cours des états maniaques, sont d'une interprétation très difficile, d'un déterminisme très complexe, et qu'il est pour le moins audacieux de les considérer d'emblée comme caractéristiques de tel ou tel « hyperfonctionnement glandulaire ». En effet, si nous reprenons un à un ces différents groupes de symptômes, nous sommes bien obligés d'admettre que la boulimie, l'amaigrissement rapide, s'observent chez des sujets à fonctionnement pancréatique normal, ou, qui plus est, disparaissent dans certains cas sous l'influence d'un traitement par l'insuline, que l'hypertension, les épistaxis, la glycosurie transitoire peuvent être la traduction de néphrites hypertensives sans « hyperfonctionnement surrénal », que le virilisme et l'hirsutisme sont loin d'être forcément déterminés par des troubles surrénaux ; que les signes dits d'hyperthyroïdie peuvent être réalisés par de nombreuses causes, notamment des troubles végétatifs d'origine diverses, par l'alcoolisme... ; que le priapisme n'est pas un signe d'hyperorchidie... ; que l'abondance des règles ne traduit pas obligatoirement une « hyperovarie », puisqu'au contraire l'aménorrhée est souvent le fait d'une hyperfolliculinémie... ; que, de plus, il est fréquent d'observer chez les maniaques, non pas des règles abondantes, mais, au contraire, l'aménorrhée.

5° *Conclusion de l'étude des faits cliniques.* — Des états maniaques ont été observés chez des sujets présentant des signes de troubles thyroïdiens, hypophysaires, ovariens. Aucun trouble endocrinien particulier ne s'accompagne spécifiquement d'état maniaque. En aucun cas, on n'a pu constater qu'un état maniaque fût la conséquence d'une certaine catégorie de troubles endocriniens.

B) FAITS THÉRAPEUTIQUES

Dawson (52), étudiant l'opothérapie surrénale dans les maladies mentales, conclut de ses recherches que les indications du suc surrénal s'adressent surtout à la *manie aiguë* de date récente, et, de façon générale, aux états d'excitation, dans lesquels il relève la pression sanguine, ordinairement affaiblie. Je n'ai pas trouvé d'autres travaux confirmant cette indication. Macphail (97), Bruce (29), Clarke (42), Currie (50), Brush (31), Barcock (15), d'après Amaldi (14), ont vu des guérisons ou améliorations notables par le traitement thyroïdien chez des maniaques, mais aussi chez des mélancoliques ainsi que dans les psychoses puerpérales ou de la ménopause. X. Abély et P. Abély (2) annoncent, au cours d'une discussion de la Société Médico-Psychologique, un important pourcentage de succès dans le traitement des accès maniaques par les extraits thyroïdiens, administrés par voie hypodermique. Parhon (119) rapporte un cas de guérison d'un état maniaque par thyroïdectomie partielle. Rondepierre (136) publie récemment un cas de manie paraissant avoir été favorablement influencé par des injections d'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse ; avec de telles injections, X. et P. Abély (2) n'ont obtenu aucun résultat.

Pighini (128) rapporte un cas de guérison d'une psychose maniaque-dépressive par injections de folliculine. Claude (43) publie les observations de deux cas de manie aiguë chez des jeunes filles, rapidement améliorés par l'emploi d'extrait de corps jaune. Coquelin (49) cite le cas d'une manie récidivant à chaque menstruation, guérie par ingestion de corps jaune.

Conclusion des faits thérapeutiques. — En aucun cas un traitement opothérapique ne s'est révélé spécifique des états d'excitation. La diversité même des réussites publiées leur enlève toute signification.

C) INVESTIGATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Gorrieri (70), dans un important travail de 1913, examine les glandes endocrines dans plusieurs cas de troubles psychiques. Ses résultats sont les suivants dans la psychose maniaque dépressive : a) *Au point de vue pondéral* : 1° l'hypophyse représente un poids légèrement supérieur à la normale (0 gr. 50, 0 gr. 56, 0 gr. 33, 0 gr. 75, 0 gr. 58, 0 gr. 50, 0 gr. 50) ; 2° la *thyroïde*, les *capsules surrénales*, les *testicules* ont un poids moyen voisin de la normale. b) *Au point de vue lésionnel* :

1° l'*hypophyse*, en dehors d'un cas où fut constatée une forte congestion imputable à la maladie qui amena la mort (encéphalite interstitielle chronique) et d'un cas où fut mise en évidence une forte sclérose avec grosse diminution des éléments principaux, se trouvait, du point de vue anatomique, intacte. Dans un cas, l'auteur déclare avoir eu l'occasion d'observer des signes d'hyperfonctionnement ; 2° la *thyroïde*, sauf dans un cas où elle présentait une sclérose interlobaire généralisée, présentait partout les meilleures qualités anatomiques ; 3° les *surrénales* étaient sclérosées dans deux cas ; normales dans les autres cas ; 4° les ovaires et les testicules ne présentaient rien de particulier. L'auteur conclut que dans la « psychose maniaque-dépressive », les altérations anatomiques des glandes endocrines sont extrêmement moins fréquentes que dans les autres formes examinées (démence sénile, épilepsie, démence précoce, alcoolisme). Malheureusement, la lecture des courtes observations publiées par Gorrieri (70) est loin d'être démonstrative : sur les 7 cas présentés, pas un seul n'apparaît comme répondant à la psychose maniaque-dépressive, la plupart des malades mourant au bout d'un court séjour au « manicomio » et présentant des manifestations psychopathiques assez polymorphes. Si bien qu'il est impossible de faire état de ce travail en ce qui concerne la manie.

Amaldi (14) trouve la thyroïde lésée 4 fois sur 12 cas de manie (lésions d'athérome diffus, présence de substance colloïde dans les lymphatiques, altérations de l'épithélium folliculaire). Le pourcentage des thyroïdes lésées est presque le plus faible dans la manie, en comparaison d'autres états psychopathiques, comme le montre le tableau suivant [d'après Amaldi (14)] :

Nombre de cas	Diagnostic	Nombre de thyroïdes	
		lésées	Pourcentage
7	Psychasthénie	6	86 %
28	Démence sénile	13	45 %
19	Pellagre	13	68 %
5	Paranoïa	3	60 %
8	P.G.	5	55 %
4	D.P.	2	50 %
4	Psychose alcool.	2	50 %
12	Manie	4	33 %
8	Epilepsie	2	25 %

Perrin de la Touche et Dide (126), étudiant des thyroïdes d'aliénés, trouvent neuf glandes saines provenant de malades

divers, dont l'un atteint de folie maniaque-dépressive. Ramadier et Marchand (131) reprennent une étude d'ensemble de la thyroïde chez les aliénés, au triple point de vue pondéral, anatomique et histologique. Le poids de la thyroïde varie suivant les régions ; quant aux lésions, elles sont très communes et ne diffèrent en rien de celles que l'on rencontre aussi fréquemment chez des sujets qui n'ont jamais présenté de troubles mentaux. D'après les documents de Ramadier et Marchand (131), il est impossible, exception faite pour le crétinisme et le myxœdème, d'établir un rapport entre les lésions du corps thyroïde et les formes des maladies mentales ; en particulier, les thyroïdes des maniaques ne se singularisent par aucun caractère particulier. Si certaines de ces glandes, notamment dans deux cas de manie chronique, sont plus lourdes que normalement, ce ne sont pas les plus lourdes, puisqu'on trouve 70 gr. dans deux cas de délire chronique ; 67, 98, 122 et 166 gr. dans des cas de démence précoce ; 82, 85, 86, 107, 128, 132, 135, et 431 gr. dans des cas de débilité mentale avec idées de persécution ; 65, 90, 92, 105, 120, 165 et 366 gr. dans des cas de démence sénile, etc... D'ailleurs, un poids ne signifie pas grand' chose...

Parhon, Mlle Matesco et Turpa (122), insistent sur les cas de manie avec lésions de la thyroïde contenus dans les publications ci-dessus rapportées. Mais, voulant démontrer le rôle de la thyroïde dans les psychoses « appelées affectives », ils passent sous silence les cas négatifs et les cas de lésions thyroïdiennes dans les autres manifestations psychopathiques. Ils présentent un tableau comparatif des poids *moyens* dans différentes catégories de troubles mentaux et annoncent triomphalement que les « psychoses affectives » arrivent en tête avec 30 gr. 83, et que ce sont les seules qui présentent un poids moyen supérieur à la normale. Ces résultats sont comme on le voit en contradiction avec les précédents, et les auteurs ne donnent malheureusement pas le détail des cas compris dans la catégorie des « psychoses affectives ».

Suivant une autre méthode, Moncry (109) a classé des thyroïdes d'aliénés d'après leur teneur en iode, et trouve qu'aux chiffres d'iode élevés correspond une forme d'aliénation caractérisée par un délire furieux, de l'excitation maniaque aiguë et qu'aux chiffres inférieurs correspondent des formes d'aliénation torpide, des états dépressifs. Ces résultats portant sur quelques cas n'ont jamais été confirmés.

Dans deux cas de psychose périodique avec accès de manie,

Mouratoff (111) a constaté des lésions des surrénales caractérisées par une inflammation interstitielle et parenchymateuse.

Masini et Vidoni (104), étudiant les surrénales dans divers états psychopathiques, trouvent dans trois cas de psychose maniaque-dépressive dont les observations ne sont pas publiées : une hyperplasie paraganglionnaire, une hypoplasie de l'ensemble de la surrénale, et une surrénale à peu près normale.

A l'autopsie de deux pellagreuX qui présentaient des symptômes de manie, Mironesco (108 bis) trouve les parathyroïdes externes entièrement atrophiées et graisseuses. Cette modification n'est pas spécifique ; elle a été signalée notamment par Petersen (126 bis), surtout chez les vieillards.

Récemment, X. et P. Abély, avec Couléon et Trillot (8), Couléon (7), Anglade et Rondepierre (5) ont rapporté deux cas de psychose maniaque-dépressive et un cas de manie intermittente avec hyperplasie hypophysaire. Le poids de l'hypophyse était respectivement de 1 gr. 50, 0 gr. 70 et 0 gr. 95. Dans deux cas, le lobe antérieur présentait un adénome à cellules acidophiles, dans l'autre cas, le lobe antérieur présentait une augmentation importante du nombre et du volume des cellules, de l'hyper-sécrétion colloïde, de la dilatation des capillaires, une prédominance des cellules éosinophiles, aspect comparable à ce qu'on observe chez les femmes décédées au cours d'une grossesse. Dans le premier cas, le pancréas était hyperémié avec des zones de dégénérescence graisseuse ; les surrénales, les ovaires, la thyroïde ne montraient rien d'anormal. Dans le deuxième cas, l'épiphyse était plus grosse que normalement avec une importante formation kystique centrale repoussant le tissu normal à la périphérie ; le corps thyroïde représentait quelques formations adénomateuses du lobe droit, avec prolifération conjonctive. Dans le troisième cas, les auteurs ne disent rien des autres glandes endocrines. A propos d'un de ces cas, Marchand (99) et Claude (44) rappellent que les adénomes du lobe antérieur de l'hypophyse sont de fréquentes trouvailles d'autopsie chez des sujets ayant présenté des syndromes divers. Urechia, Kernbach et Mme Retezeanu (153) rapportent les résultats de leurs examens histologiques d'hypophyses dans 5 cas de manie. Dans un cas de manie périodique (mort par phlegmons), l'hypophyse était nettement pathologique avec une dégénérescence colloïdale intéressant surtout le lobe intermédiaire, des îlots de sclérose, une augmentation des cellules éosinophiles (de faible importance) ; ces lésions traduisent pour les auteurs un état d'*hypofonctionnement* hypophysaire : « la sclérose traduirait en par-

tie un degré relatif d'insuffisance glandulaire, le tissu conjonctif étouffant et irritant le tissu noble glandulaire » ; « le plus souvent... la dégénérescence colloïde a été rencontrée dans des états d'hypofonctionnement, comme des cas de diabète insipide, de dystrophie grasse, de cachexie hypophysaire, de myxoédème, de crétinisme, de thyroïdectomie expérimentale, etc... ». Dans un cas de manie aiguë (mort par myocardite), le lobe antérieur de l'hypophyse présentait des altérations marquées consistant en congestion avec hémorragies miliaires, abondantes concrétions pseudo-calciques, et prédominance de cellules éosinophiles. Cet aspect est encore caractéristique pour les auteurs d'insuffisance glandulaire. Dans trois autres cas de manie aiguë, manie récidivante et hypomanie, l'hypophyse ne présentait pas de lésions.

Conclusion des données anatomo-pathologiques. — Dans l'ensemble, aucune lésion glandulaire n'a été notée, capable d'établir l'existence de troubles endocriniens dans les états maniaques. Il n'est pas possible d'attribuer une signification aux cas de manie dans lesquels des modifications de telle ou telle glande ont été constatées.

D) INVESTIGATIONS BIOLOGIQUES

1° *Réactions d'Abderhalden et de Hirsch* (1). (Dialyse et interférométrie). — Dans 16 cas de psychose maniaque-dépressive, Mayer (106) pratique la réaction d'Abderhalden avec : cortex cérébral, testicule, ovaire, thyroïde, pancréas, rein, surrénale. Sur six cas de manie, il ne trouve qu'une réaction positive au pancréas dans un cas, et une réaction légèrement positive à la thyroïde dans un autre cas. Dans un cas de *manischer stupor*, les réactions sont légèrement positives avec : cortex, ovaire, thyroïde, négatives avec les autres organes. Les autres cas (dépression, mélancolie, circulaires) donnent des réactions négatives à tous les tissus considérés, sauf une réaction avec l'ovaire légèrement positive. Parhon et Mlle Parhon (123) rappellent que Fauser, qui pratiqua le premier la réaction d'Abderhalden avec la thyroïde dans les psychoses, la trouva négative dans la psychose maniaque-dépressive. Bundschuh et Römer (33), Maas (96), Theobald (150) seraient arrivés à une conclusion analogue.

(1) Voir un exposé français des méthodes dans AGASSE-LAFOND (12) et GUILLAUMIN (71).

Zalla (159) trouve deux réactions positives avec la thyroïde, dans un état d'hypomanie et dans un état de dépression. Parhon et Mlle Parhon (123) ont trouvé dans 8 cas de manie ou hypomanie : 3 réactions négatives, 2 réactions faiblement positives, 1 réaction positive et 2 fortement positives. A ce propos, Léri (94) fait remarquer que des réactions positives avec la thyroïde ont été trouvées dans un grand nombre de maladies nerveuses et mentales et que c'est précisément dans les cas de psychose maniaque-dépressive... que de nombreux auteurs n'ont pas trouvé de ferments vis-à-vis des différents organes et notamment de la thyroïde. Urechia, Kernbach et Mme Retezeanu (153) ont pratiqué la réaction d'Abderhalden sur le sérum et l'urine de 13 maniaques ou hypomaniaques, avec des extraits hypophysaires préparés par Abderhalden. Une seule réaction fut positive dans l'urine ; aucune dans le sérum. La méthode interférométrique de Hirsch, dérivée de la méthode d'Abderhalden, fut appliquée par Jacobi (80) dans diverses catégories de troubles psychiques. D'après cet auteur, il y a chez les sujets normaux une valeur moyenne générale d'attaque des glandes endocrines inférieure à 10 0/0 ; il n'y a pas de formule d'attaque pathogénomique ; on peut distinguer deux groupes de modes d'attaque : 1° normaux, hystérie, psychose maniaque-dépressive ; 2° démence, épilepsie, paralysie générale, démence précoce, amentia. Dans le premier groupe, la valeur de l'attaque est inférieure à celle du second groupe. On voit donc que, d'après Jacobi, les états maniaques se trouvent, d'après l'ordre de grandeur de la réaction, dans le même groupe que les normaux. Une seule particularité signalée par l'auteur : dans la psychose maniaque-dépressive, l'attaque de la thyroïde prédomine dans la phase maniaque, l'attaque du foie dans la phase dépressive, sans que cette attaque soit quantitativement parallèle à la gravité du tableau clinique.

X., P. Abély et Couléon (6) rapportent qu'ils ont trouvé, pour les maniaques, « un profil » (de la courbe d'attaque par la méthode de Hirsch) « à peu près semblable, caractérisé par une augmentation du pouvoir de destruction des albumines de la part de l'hypophyse, augmentation plus ou moins marquée, selon les sujets, s'accompagnant, dans un cas seulement, d'une augmentation pour la surrénale ».

En résumé, nous voyons que les méthodes sérologiques d'Abderhalden et de Hirsch ont donné les résultats les plus contradictoires. La valeur générale de ces méthodes est d'ailleurs extrêmement contestée, les résultats s'étant montrés incohérents

dans des cas de troubles endocriniens caractéristiques. [Voir pour plus de détails l'enquête de « la Vie Médicale » (60)].

2° *Cuti-réactions*. — Engelhorn et Wintz, ayant trouvé une cuti-réaction (analogue à la réaction de Von Pirquet pour la tuberculose et à la réaction de Noguchi pour la syphilis) positive avec l'extrait placentaire chez les 70 femmes enceintes chez qui il la pratiqua, Parhon et Satini (124) essayèrent d'appliquer ce principe à d'autres manifestations glandulaires. Ils trouvèrent ainsi, avec des extraits de thyroïdes de vache, 6 réactions positives et une réaction douteuse dans 7 cas de manie aiguë ou subaiguë et une réaction négative dans un cas de manie chronique. Malheureusement, on lit dans le même travail de Parhon et Satini (124) que « la réaction se montra encore positive avec l'extrait total d'ovaire, chez un homme imbécile, chez un alcoolique, ainsi que dans un cas de démence secondaire, douteuse chez un idiot sourd-muet », ce qui me paraît suffire à discréditer la méthode.

De Nigris (113) a appliqué la géno-cuti-réaction de Céri (37), pratiquée avec l'extrait des glandes germinales de vertébrés inférieurs aux psychopathes. Cette cuti-réaction préciserait l'état fonctionnel des glandes génitales du sujet. Elle peut être intense, moyenne, faible ou négative. Sur 37 cas d'excitation maniaque, de Nigris trouve 72,90 0/0 réactions intenses et aucune réaction négative (sur 38 adultes normaux, le même auteur trouve 62,80 0/0 réactions intenses, 31,40 0/0 réactions moyennes, 5,70 0/0 réactions faibles et 0 réaction négative). Il y aurait donc, d'après ces chiffres, davantage de sujets (10 0/0 de plus) à hypersécrétion génitale chez les maniaques que chez les normaux. Je pense que ce faible écart de 10 0/0 est négligeable (en admettant que l'on accorde — ce qui est contestable — une certaine valeur à la géno-cuti-réaction de Céri), eu égard aux causes d'erreur de la méthode.

3° *Réaction de Kottmann, test d'hyperthyroïdie*. [On trouvera la description et l'étude de la méthode dans la thèse de Helluy (74)].

Cabitto (34) (35) constate l'inconstance des résultats de la réaction de Kottmann dans la psychose maniaque-dépressive.

Ornstein-Cernauteanu (115), au contraire, constate « que la plus grande partie des résultats positifs revient à la manie : ce qui concorde avec la théorie thyroïdienne de cette psychose ». Cependant, cet auteur publie un tableau sur lequel on voit des données assez déconcertantes, puisqu'il y est marqué que la réaction est positive dans 77 0/0 des cas d'épilepsie, alors

qu'elle n'est positive que dans 75 0/0 des cas de manie, et, ce qui est pour le moins paradoxal, dans 67 0/0 des cas d' « hyperthyroïdie ».....

Autre son de cloche, Hamel, Chavarot et Royer (71 bis) trouvent des chiffres normaux ou d'hyperthyroïdie « dans les états maniaques, dépressifs, mélancoliques et dans les formes cycliques de la démence précoce », mais surtout des chiffres d' « hyperthyroïdie » énorme dans « la psychose hallucinatoire chronique ».

Tous ces documents, contradictoires, nous donnent peu de renseignements sur le fonctionnement de la thyroïde dans les états d'excitation. D'ailleurs la réaction de Kottmann est entièrement empirique, et la spécificité du parallélisme de son accélération et de l'hyperthyroïdie est très contestable.

4° *Réaction de Zondek et Ascheim.* — P. Abély, Passek et Roger (4), en vue de contrôler l'hypothèse de l'existence de troubles des fonctions hypophysaires dans la psychose maniaque-dépressive, recherchent la réaction de Brouha, Hinglais et Simonnet, modification de la réaction de Zondek, avec les urines de 18 malades : 12 en plein accès maniaque, 2 en état mélancolique, 4 à la période intercalaire. Avec les urines de 12 maniaques, il y a 7 réactions fortement positives, 3 légèrement positives, 2 franchement négatives. Avec les urines des deux mélancoliques, il y a des réactions que l'on peut appeler inversées : atrophie du tractus génital des souriceaux mâles. Tous ces résultats sont établis sans examen histologique. Continuant ces recherches, P. Abély, Passek et Couléon (3) publient de nouveaux résultats en 1932, avec examens histologiques. Avec l'urine, dans 24 cas de manie, la réaction est positive 24 fois ; dans 12 cas de mélancolie, la réaction est négative 12 fois, et la réaction atrophique n'est plus observée. Avec le liquide céphalo-rachidien, la réaction est constamment négative aussi bien dans les états maniaques que dans les états mélancoliques. Claude et Cuel (45) reprennent ces expériences et publient en 1933 des résultats en opposition formelle avec les précédents. En effet, injectant les urines de 6 maniaques (suivant la technique de Brouha, Hinglais et Simonnet) à des souriceaux mâles impubères de 7 à 8 gr. (3 animaux d'expérience et 3 témoins pour chaque malade), Claude et Cuel ne trouvent aucune différence nette et régulière entre le poids des animaux en expérience et celui des animaux témoins ; l'hyperplasie du tractus génital n'est obtenue qu'une seule fois, sur un seul des trois animaux injectés. Urechia, Kernbach et Retezeanu (153) ont obtenu, avec la réaction de Zondek (injections à la femelle impubère, avec

modification de la technique de Zondek et Ascheim : traitement de l'urine par l'éther) 13 réactions négatives avec 9 cas de manie et 4 cas de dépression ou mélancolie.

Il y a donc opposition complète entre les résultats obtenus avec la même technique par P. Abély et ses collaborateurs d'une part, Claude et Cuel d'autre part. Par ailleurs, l'action gonadotrope des urines de maniaques, mise en évidence par P. Abély et ses collaborateurs, avec la méthode de Brouha, Hinglais et Simonnet, n'est pas retrouvée par Urechia et ses collaborateurs avec la technique de Zondek. Je pense qu'en l'état actuel des recherches, il est encore impossible de conclure. On peut cependant préciser que, comme P. Abély, Passek, Roger et Couléon, le reconnaissent d'ailleurs (3), (4), le fait qu'une urine injectée provoque une hypertrophie du tractus génital chez le souriceau mâle impubère ne signifie pas qu'il y ait hyperfonctionnement hypophysaire chez l'émetteur de cette urine.

5° *Réactions des mélânophores (test hypophysaire)*. — Urechia, Kernbach et Retezeanu (153) ont appliqué la réaction de Collin et Drouet (47) à 19 malades (13 manies ou hypomanies, 6 dépressions). La réaction est positive dans 12 cas de manie et 3 cas de dépression. Les auteurs font remarquer que la réaction peut être positive avec un grand nombre de substances et formulent des réserves sur la valeur des résultats obtenus.

X. Abély, P. Abély, M. et Mme Couléon (9), appliquent la réaction de Binet, Verne et Luxembourg [recherche de l'étalement des chromatophores de l'écaille isolée de cyprin par contact avec un *extrait* urinaire] à 17 cas de manie intermittente. La réaction n'est négative que dans un cas (maladie intercurrente grave). Dans plusieurs cas d'agitation symptomatique et non « purement maniaque » la réaction est négative.

Ces travaux, récents, ne pourront être jugés qu'ultérieurement.

6° *Mesures de la résistance électrique du corps*. — Du fait que la résistance électrique du corps a été trouvée diminuée au cours de la maladie de Basedow [R. Vigouroux (157)], on a quelquefois voulu inférer que la diminution de cette résistance électrique du corps était un signe d'hyperthyroïdie. Dans l'espoir d'obtenir quelque renseignement sur l'état endocrinien des malades, X. Abély, P. Abély et Guyot (10) déterminent par la mesure de l'angle d'impédance la résistance électrique du corps de divers psychopathes. Dans la manie, « la courbe se situe au-dessus de la normale (diminution de la résistance électrique) et son degré d'élévation paraît en rapport avec l'agitation du malade. Les auteurs pensent que la thyroïde n'intervient pas

seule et que l'hypophyse participe également à la valeur de l'angle d'impédance. Cette assertion n'est d'ailleurs étayée par aucun argument.

Il est bien évident que de nombreux facteurs sont en cause dans les variations de la résistance électrique du corps humain (sueur, vasomotricité entre autres), et qu'il est pour le moins imprudent de vouloir attribuer une valeur « endocrinométrique » à la mesure de cette résistance, quelle que soit la méthode employée.

7° *La question du brome.* — Zondek et Bier (160) rapportant les résultats de leurs dosages de brome sanguin chez les malades atteints de psychose maniaque-dépressive, déclarent : « Dans 40 cas de maniaco-dépressive endogène, la teneur en brome du sang se trouvait pour 35 cas environ 40 à 60 0/0 au-dessous de la normale. Dans les deux phases de la maladie, la teneur en brome était également faible. Il s'agit chez les maniaco-dépressifs uniquement d'un abaissement de brome dans le sang, tandis que les autres substances comme l'iode, le chlore, le sucre sanguin, etc... sont présents en quantité normale. Nous avons donc affaire à un phénomène parfaitement spécifique. » Les auteurs comparent le brome sanguin à l'iode de la thyroxine, et attribuent au brome en combinaison organique un rôle dans le sens de l'orientation des fonctions psychiques, rôle qui serait diamétralement opposé à celui de l'iode thyroïdien. A la suite de diverses considérations dont le détail ne peut être rapporté ici faute de place [cf. P. Chatagnon et C. Chataignon (41)], Zondek et Bier (161), (162), sont amenés à admettre l'existence d'une nouvelle hormone hypophysaire bromée, dont la formule chimique serait comparable à celle de la thyroxine, les « i » étant remplacés par des « Br » (thyroxine tétrabromodésiodée). Ces travaux provoquèrent plusieurs recherches sur le brome sanguin, dans les états psychopathiques. Klimke et Holthaus (89), Sacristan, Pérait et Salas (139), Urechia et Retezeanu (154), d'Hèucqueville et Leclerq (77), confirment les résultats de Zondek et Bier. Nagy et Straub (112) publient des résultats de bromémie obtenus par une nouvelle méthode de microdosage. Ils concluent que dans la psychose maniaque-dépressive, on trouve une diminution du taux du brome sanguin, 60 à 70 fois sur 100. Mais ces auteurs omettent d'ajouter que dans le reste des cas (30 à 40 0/0) leurs tableaux même révèlent une augmentation formidable du taux du brome sanguin (jusqu'à 13,260 mgr. pour 100 gr. au lieu de moins de 1 mgr.). Par contre, Hennely et Yates (75) contestent la valeur

de la recherche du brome sanguin ; ils déclarent que les faibles proportions dosées (de 0,6 à 2 mgr. pour 100 gr.), l'extrême variabilité des quantités contenues dans les produits alimentaires ingérés rendent toute appréciation délicate. Bergonzi (17) pense, à la suite d'une étude du brome sanguin chez 40 malades atteints de psychose maniaque-dépressive, que les variations individuelles sont en relation directe avec les quantités de brome introduites dans l'organisme, soit avec les aliments, soit avec les médicaments. Enfin, P.-A. Chatagnon et C. Chatagnon (41), reprenant la question du brome sanguin et tissulaire, et du rôle physiopathologique du brome, critiquent les techniques chimiques utilisées précédemment, appliquent une méthode de dosage du brome particulièrement précise et sensible (méthode de Damiens) et obtiennent des résultats en tous points opposés à ceux de Zondek et Bier, et précisent notamment : que la bromémie est extrêmement variable, même chez des sujets atteints de la même affection (psychose maniaque-dépressive, tant dans la phase d'excitation que dans la phase de dépression) ; qu'il n'y a pas, dans la psychose maniaque-dépressive d'abaissement caractéristique de 40 à 60 0/0 du taux du brome sanguin ; que rien ne permet d'affirmer l'existence d'une hormone bromée antéhypophysaire. Devant de telles données, il me paraît impossible de retenir les résultats de Zondek et Bier, et ceux de leurs continuateurs.

E) INVESTIGATIONS DIVERSES, INDIRECTES

L'action endocrinienne a été prospectée par des méthodes indirectes, telles que les méthodes destinées à juger de l'état du système nerveux végétatif et des modifications du métabolisme de certains corps. Je pense que les variations du tonus végétatif et des métabolismes sont déterminées par des facteurs trop nombreux pour qu'on puisse en faire état dans une revue générale sur les troubles endocriniens dans les états d'excitation, quoique le facteur endocrinien soit représenté dans ces variations.

CONCLUSION DE L'EXPOSÉ CRITIQUE DES FAITS

Ainsi, de l'ensemble des faits publiés, il ressort nettement que l'existence de troubles endocriniens caractéristiques n'est pas démontrée dans les états maniaques. Certes, dans quelques cas, des troubles endocriniens ont été constatés au cours de certains

cas de manie, mais il s'agit là de cas dont le caractère exceptionnel (justifiant seul la publication parfois) ne peut qu'infirmar la notion soit du rôle pathogénique, soit de la valeur symptomatique des troubles endocriniens dans les états maniaques. Par ailleurs, il est évident que la plupart des résultats obtenus par différentes méthodes sont absolument contradictoires.

II. Bref commentaire sur les théories et les méthodes utilisées

Les conclusions précédentes rendent inutile, à mon sens, l'exposé détaillé des quelques théories qui ont pu être émises, parmi la foule des vagues considérations — fuyant toute argumentation — sur les rapports des sécrétions internes et des états d'excitation. Je voudrais simplement tracer un rapide aperçu et une brève critique des méthodes que beaucoup d'auteurs ont suivies pour aborder le problème des relations entre les sécrétions internes et les états d'excitation, et élaborer des théories. Je schématise :

Les cas de syndrome maniaque qui ne sont pas symptomatiques d'un processus connu (encéphalite syphilitique, par exemple) sont rapportés par les auteurs à une « maladie mentale » : « la psychose maniaque-dépressive » (ou toute autre entité pratiquement équivalente). On va donc chercher non pas à étudier les conditions étiologiques ou pathogéniques de tel état maniaque, mais les conditions étiologiques ou pathogéniques de « la psychose maniaque dépressive ». L'état maniaque est pour ainsi dire vidé de son contenu psychologique, dont on ne conserve qu'un ou deux caractères (notion d'excitation intellectuelle, d'accélération des processus psychiques) et séparé radicalement de la personnalité du malade, de son histoire. C'est alors que, sans plus rechercher le rôle des circonstances extérieures, des facteurs réactionnels, des facteurs toxiques ou infectieux, on va rechercher dans le mystère des glandes l'explication (!) de troubles artificiellement isolés et défigurés. Quelques analogies (les myxœdémateux ne sont-ils pas ralentis ?...), quelques faits qui paraissent « coller » et au mépris de l'objectivité, on en arrive à des affirmations telles que celles-ci : Parhon (117) dans son rapport de 1913 (p. 42) n'hésite pas à déclarer : « Elle (la thyroïde) règle l'équilibre affectif, les myxœdémateux sont lourds, apathiques, peu impressionnables. Dans le syndrome de Base-

dow ou sous l'influence du traitement thyroïdien, l'émotion s'exagère à tel point que Léopold Lévi et Rothschild ont pu donner au corps thyroïde le nom de glande de l'émotion... L'attention est également influencée par la fonction thyroïdienne, peut-être en partie au moins à cause des relations que ce phénomène psychique présente avec l'affectivité. L'attention est faible, lente à s'éveiller chez les myxœdémateux ; elle s'éveille par contre facilement mais est mobile chez les basedowiens comme chez les maniaques. L'état normal est entre les deux. Enfin la glande thyroïde régit la vitesse des processus psychiques, des associations d'idées, des jugements, des raisonnements. » ...Cabitto (34), en 1930, quoiqu'avec plus de réserves et en invoquant un mécanisme plus complexe conclut à (p. 170) « une émancipation (de la thyroïde) qui peut donner libre cours à ses pouvoirs psycho-excitateurs, pouvoirs qui justement parce qu'ils sont tumultueux et non réguliers produisent un état d'excitation, de logorrhée, d'idéorrhée, même d'euphorie, de la promptitude de mémoire et de perception, au détriment des pouvoirs critiques et frénateurs ».

Ces conceptions sont basées sur des comparaisons, sur des résultats partiels, unilatéraux, appliqués à des faits cliniques correspondant en réalité à des déterminismes divers. Elles sont responsables d'un obscurcissement et d'une déviation du problème psycho-glandulaire dès sa naissance.

Une autre tendance se dessine depuis quelques années : devant l'impossibilité, dans la pratique courante, de faire le diagnostic différentiel, dans de nombreux états d'excitation, entre « la psychose maniaque-dépressive » et « la démence précoce », on demande encore aux glandes de se prononcer. Ne vaudrait-il pas mieux s'incliner devant les faits psychopathologiques et rejeter la notion de psychose maniaque-dépressive *maladie* et de démence précoce *maladie*, pour considérer des processus pathologiques divers se manifestant par des troubles psychiques qui peuvent être identiques mais dont le déterminisme varie avec le processus en cause. L'observation courante montre qu'il n'y a pas une formule endocrinienne valable pour tous les cas cliniquement comparables, de même que, d'une façon générale, il n'y a pas un processus spécifique d'un état psychopathique donné. Je crois qu'en consentant à ne plus raisonner sur des « maladies mentales » mais bien sur des processus neuro-biologiques à la base de troubles psychiques, on peut espérer que les recherches endocrinologiques n'aboutiront plus à ces résultats contradictoires que nous constatons actuellement. Encore faut-il tenir compte d'un certain nombre de notions qui sont de vérita-

bles lieux communs que je m'excuserais de rappeler si la lecture de nombreuses publications ne m'avait pas démontré qu'elles étaient trop souvent méconnues : 1° On ne peut parler de troubles endocriniens que si l'existence de troubles endocriniens est établie autrement que par de vagues signes cliniques ou de vagues analogies. 2° L'existence de troubles endocriniens indiscutables *au cours* d'un état pathologique ne signifie pas que cet état pathologique soit déterminé par les troubles endocriniens. Le contraire peut être vrai. 3° L'existence de troubles endocriniens *à l'origine* d'un état maniaque ne signifie pas qu'il y a une *action hormonale*. En effet, les hormones ont une action telle qu'au-dessous d'un certain *seuil* elles n'ont aucune action et qu'à partir de ce seuil leur action est totale (avec quelques réserves pour les doses voisines du seuil dans certains cas). On n'a pas le droit donc de parler d'une action hormonale pathologique par *hypersécrétion* ; il ne peut y avoir qu'une action *toxique*. On confond régulièrement intoxication endogène et action hormonale. 4° Il est nécessaire, pour étudier la question du rôle éventuel des sécrétions internes en psychiatrie, de faire un bilan complet et non pas l'étude isolée de telle ou telle glande.

Comme on le voit, il y a loin de ce qui a été fait à ce qui devrait être fait. Aussi est-ce un travail extrêmement difficile que d'aborder l'étude biologique des psychoses dans des conditions telles qu'elle permette d'aboutir à autre chose qu'à une « mythologie biologique » suivant l'expression de Jaspers.

Conclusions

1° L'existence de troubles endocriniens dans les états d'excitation maniaque n'est établie que dans un très petit nombre de cas.

2° En aucun cas, on n'a établi le déterminisme hormonal d'un état d'excitation maniaque.

3° Il est nécessaire pour la recherche de troubles endocriniens éventuels dans les états maniaques :

a) de ne pas considérer « la psychose maniaque-dépressive » (ou des entités pratiquement équivalentes) mais tel ou tel cas de manie, car l'observation courante montre que ce qu'il est classique d'appeler psychose maniaque-dépressive groupe des états d'étiologie très diverse ;

b) de procéder à des bilans endocriniens et non pas à l'étude du fonctionnement d'une glande.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABÉLY (P.). — *A.M.-P.*, 1933, II, 257.
2. ABÉLY (X. et P.). — *A.M.-P.*, 1936, I, 433.
3. ABÉLY (P.), PASSEK (V.) et COULÉON. — *A.M.-P.*, 1932, I, 165.
4. ABÉLY (P.), PASSEK (V.) et ROGER (J.). — *A.M.-P.*, 1931, II, 163.
5. ABÉLY (X. et P.), ANGLADE et RONDEPIERRE. — *A.M.-P.*, 1936, II, 255.
6. ABÉLY (X. et P.) et COULÉON (H.). — *A.M.-P.*, 1932, II, 359.
7. ABÉLY (X. et P.) et COULÉON (H.). — *A.M.-P.*, 1934, II, 293.
8. ABÉLY (X. et P.), COULÉON (H.) et TRILLOT. — *A.M.-P.*, 1933, II, 229.
9. ABÉLY (X. et P.) et COULÉON (M. et Mme). — *A.M.-P.*, 1936, I, 113.
10. ABÉLY (X. et P.) et GUYOT (P.). — *A.M.-P.*, 1936, II, 77-85.
11. ABÉLY (X. et P.) et NODET (C.). — *A.M.-P.*, 1934, II, 291.
12. AGASSE-LAFONT (E.). — *Les applications pratiques du Laboratoire à la Clinique*. Paris, 1929, Vigot.
13. ALIER-GOMEZ. — *Rev. méd. de Barcelona*, 1935, XXIII, 99.
14. AMALDI (P.). — *Riv. sper. di Fren.*, 1897, XXIII, 311.
- 14 (bis) ARSIMOLES et LEGRAND. — *A.M.-P.*, 1914.
15. BABCOCK. — *New-York's Hosp. Bull.*, 1896, fasc. 1.
16. BARROS (R.). — *Th. Paris*, 1908.
17. BERGONZI. — *Riv. sper. Fren.*, 1936, 185-196.
18. BIGONI (A.). — *Riv. di Neurologia*, 1934, VII, 339.
19. BIROS (G. A.). — *Th. Lyon*, 1904-1905, n° 65.
20. BLAIR (D.) (d'après Faranarier). *Journ. of ment. Sc.*, 1899.
21. BOEDECKER (d'après Dalmas). — *Charite Annalen*, 1889.
22. BOETEAU (L.). — *Th. Paris*, 1892.
23. BOETTEGER. — *Allg. f. Psych.*, 1877, XXXIII (d'après Dalmas).
24. BOINET (E.). — *Rev. Neur.*, 1899, II, 364.
25. BON (J.). — *Th. Lyon*, 1912, n° 29.
26. BONHOEFFER. — In *Traité d'Aschaffenburg*. Partie spéc. 3^e part., I.
27. BOYCE et BEADLES. — Cités par SAINTON et PIÉRON (142).
28. BRISSARD. — *Rev. Méd. Suisse Romande*, 1906, 632.
29. BRUCE. — *Journ. of mental sciences*, jan. 1895.
30. BRUNET. — *Th. Paris*, 1893.
31. BRUSCH. — *Journ. of nerv. a. ment. dis.*, 1896, n° 4.
32. BUMKE. — *Traité*, p. 166.
33. BUNDSCHUH u. RÖMER [cités par PARHON et Mile PARHON (123)].
34. CABITTO (L.). — *Riv. sp. Fren.*, 1930, LIV, 412 ; 1930, LIV, 535 ; 1931, LV, 113.
35. CABITTO (L.). — *Note e riv. di Psich.*, 1930, 61.
36. CANE. — *The Lancet*, 1^{er} déc. 1877.
37. CENI (C.). — Comunicazione fatta alla Soc. Medica Bolognese, giugno 1929 [exposé dans *De Nigris* (113)].
38. CESTAN et HALBERSTADT. — Cités par ABÉLY et NODET (11).
39. CHARPENTIER (René). — *La Médecine*, févr. 1932.
40. CHARPENTIER (René) et COURBON. — *A.M.-P.*, 1908, I, 227.
41. CHATAGNON (P. A.) et CHATAGNON (C.). — *P.M.*, 1936, II, 1404.
42. CLARKE. — *Amer. J. of Insan.*, oct. 1895.
43. CLAUDE (H.). — *C.R. du Congrès Al. et Neur.*, Dijon, 1908, p. 82 (Paris, Masson).

44. CLAUDE (H.). — *A.M.-P.*, 1933, II, 233.
45. CLAUDE et CUEL. — *A.M.-P.*, 1933, II, 233.
46. COHN. — *Zentrblt. f. Klin. Med.*, 1892, 1063.
47. COLLIN (R.) et DROUET (P. L.). — *C.R. S.B.*, 1934, CXV, 161.
48. COPPOLA (P.). — *L'Ospedale Psichiatrico*, janv. 1935.
49. COQUELIN. — *Th. Paris*, 1926.
50. CURRIE. — *State hospitals Bulletin*, 1896, I, n° 3.
51. DALMAS. — *Th. Paris*, 1909.
52. DAWSON (W. R.).; cité par RÉGIS. — *Précis de Psych.*, 6^e éd., 1909, p. 1027.
53. DELMAS — *Enc.*, 1910, II, 415-416.
54. DENY et MERKLEN. — *Enc.*, 1909, II, 84.
55. DERGUM. — *Amer. J. of the med. Sc.*, 1893 (d'après FORNARIER).
56. DEVAY. — *Echo Méd. de Lyon*, 1898, III, 99.
57. DIDE. — *Congrès Al. et Neur.*, Dijon, 1908.
58. DUNLAP (H. F.) and MOERSCH (F. P.). — *Amer. J. of Psych.*, 1935, LXXXI, 1216.
59. DURUPT et LAGARDE (J.). — *P.M.*, 9 mars 1932.
60. Enquête sur l'interférométrie endocrinienne. *La Vie Médicale*, 1935, n° 6, p. 248 ; n° 7, p. 293 ; n° 9, p. 415.
61. EWALD (G.). — Die Abderhaldensche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse in der Psychiatrie, 1920, Berlin, Karger.
62. EY (H.). — *Th. Paris*, 1926.
63. FARNARIER (F.). — *Nouv. Icon. Salp.*, 1899, 398-407.
64. FERRANINI. — *La Riforma medica*, 7 déc. 1899.
65. FORNACA (G.). — *Riv. veneta de Sc. med.* août 1909.
66. FRIEDMANN (J. H.) and KAUSER (M.). — *The J. of Nerv. a. Ment. Dis.*, 1932, LXXXV, 30.
67. GARBINI (G.). — *Ann. del Manicomio di Perrugia*, 1910.
68. GARNIER (S.) et SANTENOISE. — *Arch. de Neur.*, 1897, II, 486.
69. GETZOWA. — *Virchow's Arch.*, CXXXVIII, 181.
70. GORRIERI (A.). — *Riv. sp. di Fren.*, 1913, XXXIX, 263.
71. GUILLAUMIN (C.). — *C.R. Soc. Biol.*, 1932, CX, 1295.
- 71 (bis). HAMEL, CHAVAROT et ROYER. — *A.M.-P.*, 1934, I, 762.
72. HASKOVEC. — D'après FARNARIER.
73. HECHST (B.). — *Zeitschr. f. d. g. N. u. P.*, 1932, CILI, 718.
74. HELLUY. — *Th. Nancy*, 1935.
75. HENNELY (T. J.) et YATES (E. D.). — *The J. of Ment. Science*, 1935, LXXXI, 173.
76. HEUCQUEVILLE (G. d') et LECLERCQ (C.). — *Le Bull. Méd.*, 1937, 35.
77. HEUCQUEVILLE (G. d') et LECLERCQ (C.). — *A.M.-P.*, 1937, I, 153.
78. HIRSCHL. — *Jahrb. f. Psych.*, 1893 (d'après DALMAS).
79. INGHAM (S. D.) and NIELSEN (J. M.). — *J. Nerv. a. Ment. Dis.*, 1931, LXXIV, 271.
80. JACOBI (W.). — *Zeitschr. f. d. g. N. u. P.*, 1923, LXXXIII, 153.
81. JACOBI (W.). — *Klin. Wochenschr.*, 30 mars 1935, 477.
82. JOFFROY et ROUBINOWITCH. — Cités par ABÉLY et NODET (11).
83. JOHNSTONE (C.). — *J. of mental sc.*, 1884, 521.
84. JASPERS (K.). — *Psychopathologie générale*. Trad. Kastler et Mendrousse, Paris, 1931, F. Alcan.
85. JUNG. — *Boedeker in Charite Annlen*, 1899, 454.
86. JUQUELIER (E.). — *Rev. de Psych.*, 1907, 1-2.

87. KATZENELBOGEN (S.) a. LUTON (F. H.). — *Amer. J. Psych.*, 1935, XCI, 969.
88. KLIENEBERGER. — *Deuts. Mediz.*, 1925, LI, 1055-1057.
89. KLIMKE u. HOLTHAUS. — *Deuts. med. Wochenschr.*, 1932, 1558.
90. LAFORA. — *Revista clinica de Madrid*, 1913, X, 294.
91. LAIGNEL-LAVASTINE. — *C.R. Congr. Al. et Neur.*, Dijon, 1908, 145. Masson.
92. LANDOUZY. — *J. de Méd. et Chir. prat.*, 1886, 538.
93. LANDRY (Mlle) et CAMUS (P.). — *A.M.-P.*, 1908, I, 238-242.
94. LÉRI. — *Rev. Neur.*, 1914, I, 620.
95. LÖFFLER (W.). — *Arch. Suisses Neur. u. Psych.*, 1921, VIII, 163-183.
96. MAAS. — Cité par PARHON et Mlle PARHON (123).
97. MACPHAIL. — *The Lancet*, 13 oct. 1894.
98. MADIGAN. — *J. of nerv. a. ment. Dis.*, 1883.
99. MARCHAND (L.). — *A.M.-P.*, 1933, II, 233.
100. MARCHAND (L.) et OLIVIER (M.). — *Gaz. des Hôp.*, 1906, 1203.
101. MARGOLIÈS-KAMONETZKI. — *Th. Paris*, 1898.
102. MARIE (A.). — *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1914, 263.
103. MARTIN (R.). — *Th. Paris*, 1890.
104. MASINI e VIDONI. — *Riv. di Fren.*, 1914, XL, 526.
- 104 (bis) MASSAUT. — *J. de Neur. et Psych. (Belge)*, 1932, II, 675.
105. MAYER (W.). — *Ztschr. f. d. g. N. u. P.*, 1914, XXII, 457.
106. MAYER (W.). — *Z. f. d. g. N. u. P.*, 1914, XXII, 539.
107. MENGELLE. — *Th. Toulouse*, 1909-1910, n° 394.
108. MEYNERT. — *Psychiatr. Ztrbl.*, 1870.
- 108 (bis). MIRONESCO. — *C.R. Soc. Biol.*, 1908, 515.
109. MONCRY. — *Th. Lyon*, 1903.
110. MOREL-MACKENZIE. — Cité par Dalmas.
111. MOURATOFF. — *Psych. contemp. (russe)*, 1907, 1.
112. NAGY (M.) u. STRAUB (J.). — *Z. f. d. g. N. u. P.*, 1935, CLIII, 215.
113. NIGRIS (G. DE). — *Riv. di pat. n. e M.*, 1930, XXXV, f° 2, 22.
114. OESTERREICHER. — *Wien. Klin. Wchschr.*, 1934, LVII, 1385.
115. ORNSTEIN-CERNAUTANU. — *Arch. int. Neur.*, 1926, 177.
116. OSWALD (A.). — *Klin. Wchschr.*, 1928, VII, 1161.
117. PARHON (C. J.). — *Congr. Int. Neur. et Psych.*, Gand, 1913.
118. PARHON. — *C.R. Congr. al. et neur.*, Tunis, 1912, 209.
119. PARHON. — *Wiener Med. Woch.*, 1915, n° 1915.
120. PARHON, KREINDLER et WEIGL. — *A.M.-P.*, 1936, I, 352.
121. PARHON et MARBÉ. — *Enc.*, 1906, 459.
122. PARHON (C.), MATESCO (Mlle) et TURPA. — *Enc.*, 1913, II, 139, 235, 441.
123. PARHON (C.) et PARHON (Mlle). — *Rev. Neur.*, 1914, I, 616.
124. PARHON et SATINI. — *Rev. Neur.*, 1914, I, 875.
125. PARHON et STOCKER. — *Rev. Neur.*, 1919, 573.
126. PERRIN DE LA TOUCHE et DIDE. — *Arch. de Méd. exp.*, 1904, 229.
- 126 (bis). PETERSEN. — *Virchow's Arch.*, CLXXIV, 414.
127. PETIT (G.). — *A.M.-P.*, 1933, II, 289.
128. PIGHINI. — *Riv. di Fren.*, 1928-29, LIII, 1.
129. PILZ. — Cité par Bonhoeffer.
130. RAYNEAU. — *C.R. Congr. al. et neur.*, Angers, 1898.
131. RAMADIER et MARCHAND. — *Enc.*, 1918, II, 121.
132. RENAUT. — *Soc. Méd. Hôp.*, 1890.
133. REPOND. — *Enc.*, 1925, II, 713.
134. ROBERTSON. — *J. of. ment. soc.*, janv. 1875.

135. RODRIGUEZ-ARIAS, IRAZOQUI et ANCOCHEA. — *C.R. Congr. Al. et Neur.*, Rabat, 1933.
 136. RONDEPIERRE. — *A.M.-P.*, 1936, I, 429.
 137. ROQUE. — *Progr. Méd.*, 1912, 354.
 138. ROUBINOVITCH et DUMONT. — *C.R. Congr. Al. et Neur.*, Dijon, 1908, 107.
 139. SACRISTAN y PERAITA. — *Arch. de Neurob.*, 1933, XIII, 39.
 140. SAINTON. — *Enc.*, 1906, 242, 377.
 141. SAINTON et DURUPT. — *Ann. de Thér. Biol.*, oct. 1933.
 142. SAINTON et PIÉRON. — *Enc.*, 1923, II, 358.
 143. SALMON. — *Il Cervello*, 1933, 314.
 144. SALOMON. — *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1913, 359.
 145. SAVAGE. — *Guys's Hosp. Reports.*, 1882.
 - 145 (bis). — SÉGLAS. — *A.M.-P.*, 1890.
 146. SERRADELL. — *Th. Toulouse*, 1913-14, n° 13.
 147. SOUKHANOFF. — *R. neur.*, 1896, 450.
 148. STERZ. — *Z. f. d. g. N. u. P.*, 1919, LIII, 39.
 149. TANZI. — *Arch. it. di clin. med.*, 1891.
 150. THÉOBALD. — *Psych. neur. Wchschr.*, XV, n° 48.
 151. TRÉNEL et CAPGRAS. — *B.S. Cl. M. Ment.*, 1913, 342.
 152. URECHIA. — *Rev. Neur.*, 1934, I, 585
 153. URECHIA, KERNBACH et RETEZEANU. — *Enc.*, 1935, I, 209.
 154. URECHIA et RETEZEANU. — *C.R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 411.
 155. URECHIA et RETEZEANU. — *P.M.*, 1935, 701.
 156. VERMEYLEN et MINNE. — *J. d. N. et d. Ps. (belge)*, 1932, XXXII, 401.
 157. VIGOUROUX. — *C.R. Soc. Biol.*, 1878.
 158. ZALLA. — *Enc.*, 1909, II, 286.
 159. ZALLA. — Cité par Parhon (123).
 160. ZONDEK u. BIER. — *Klin. Wochschr.*, 1932, 633.
 161. ZONDEK u. BIER. — *Kl. Wsc.*, 1932, 759.
 162. ZONDEK u. BIER. — *Kl. Wsc.*, 1932, 763.
-

LE NIVEAU INTELLECTUEL ET LE RAISONNEMENT DES INSTABLES ⁽¹⁾

PAR

J. ABRAMSON

1. Répartition des niveaux dans différents groupes d'instables

Nous allons faire parler tout d'abord les groupes et les nombres. Sans que nous pensions attribuer une trop grande importance aux statistiques, nous voudrions leur accorder une valeur relative, celle d'indiquer les tendances générales. Ce seront les corrélations entre les tendances et les aptitudes intellectuelles et les tendances et les aptitudes affectives, les rapports entre la compréhension, l'élaboration et l'action, en un mot les rapports entre l'intelligence et le caractère, qui nous permettront de voir des ensembles, des totalités vivantes, qui estomperont la sécheresse des chiffres.

Nous avons fait le relevé de tous les enfants qui ont été examinés et traités à la clinique durant trois années consécutives 1926, 1927 et 1928. Nous avons pris tous les cas où l'on avait noté de l'instabilité et nous les avons triés selon leurs types. Nous avons ainsi fait le relevé de 1.117 cas d'enfants plus ou moins instables. Comme le nombre total des enfants qu'on a amenés à la clinique durant ces trois années s'élève à 2.212, on peut dire qu'un enfant sur deux présente des signes d'instabilité plus ou moins accusés. Etant donné que le nombre des grands instables psychomoteurs s'élève à 531, un enfant sur quatre est un grand instable psychomoteur pur. C'est ce dernier groupe qui nous préoccupe surtout, car il est le plus important, tant au point de vue quantité qu'au point de vue diagnostic ; le groupe

(1) Travail de la Clinique annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile de la Faculté de Médecine. Service du Dr Heuyer. — 1^{er} mémoire. — Ce mémoire fait partie d'études poursuivies actuellement et qui concernent le problème de « *L'enfant instable* ».

que nous avons qualifié de « pur », terme plutôt négatif qui veut dire : « de cause inconnue jusqu'à présent ».

Nous avons examiné les autres groupes d'instables : les paranoïaques, les pervers, les épileptoïdes, les toxi-infectieux, etc..., en espérant que les cas d'instabilité d'origine plus ou moins connue nous aideraient à jeter quelque lumière sur l'instable psycho-moteur « pur ». Les groupes les plus nombreux qui suivent sont : les instables paranoïaques, 138 cas ; les instables avec certaines tendances perverses, 141 cas. Il y a ensuite 125 instables épileptoïdes et 107 grands pervers instables ; on relève 45 instables émotifs, 39 instables toxi-infectieux, 32 intermittents, 19 post-encéphalitiques, 12 mythomanes pithiatiques et 8 choréiques. 50 enfants sont au-dessous de 6-7 ans.

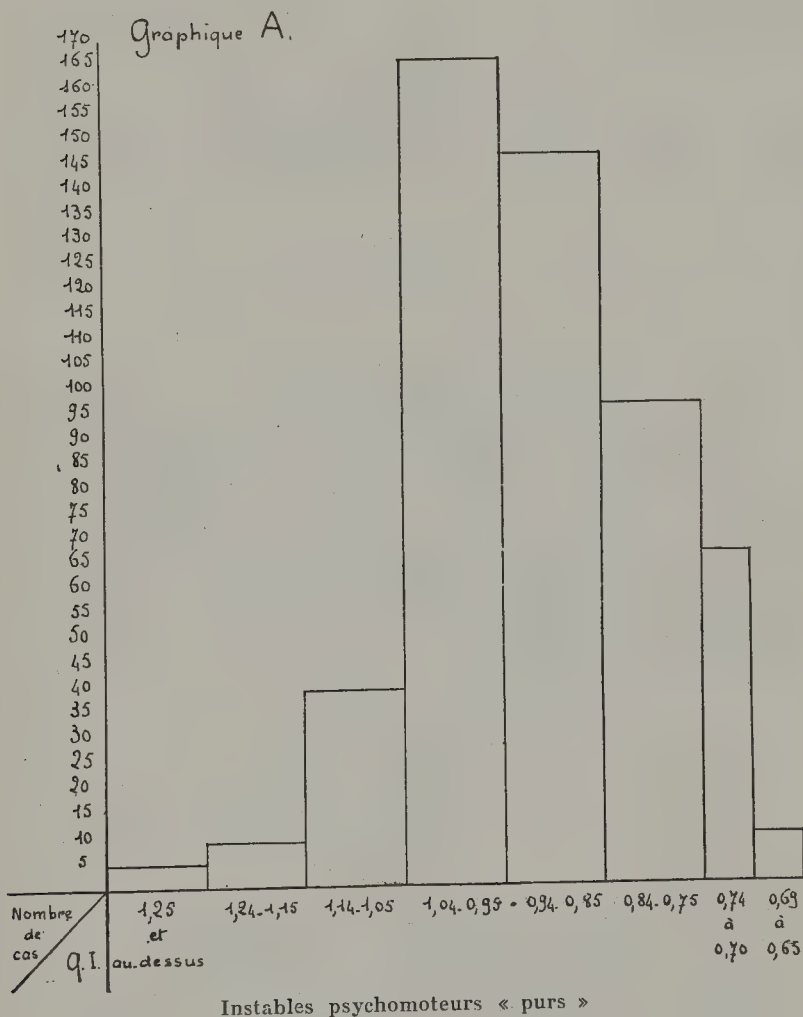
Avant de procéder à l'examen de l'intelligence dans les principaux groupes, nous devons rappeler que nous avons éliminé les grands débiles turbulents ayant un QI (quotient d'intelligence) au-dessous de 0,69-0,65 ; nous avons délimité ensuite un groupe de débiles légers avec un QI de 0,65 à 0,75. Nous avons jugé, d'accord avec les avis des praticiens, qu'à partir d'un QI de 0,70-0,75, l'adolescent d'âge professionnel doit pouvoir se débrouiller sans tutelle et, s'il en est incapable, il faut chercher d'autres raisons susceptibles de l'empêcher de s'adapter à la vie sociale, que l'intelligence au sens étroit du mot, raisons qu'il s'agit justement de dépister.

La répartition des âges d'intelligence dans chacun de ces groupements d'enfants instables se présente sous forme de courbes en cloche qui se distinguent plus ou moins de celles d'une collectivité non sélectionnée d'enfants d'âge scolaire. Quelques éclaircissements seront nécessaires pour comprendre ces courbes.

Nous n'avons pas adopté, comme base d'évaluation, celle de Terman qui prend comme norme un âge mental de 16 ans, correspondant à un âge chronologique de 16 ans et qui se traduit par un quotient d'intelligence égal à 1,00. Cette base a été jugée beaucoup trop élevée. Comme nous avons affaire à des enfants de cultivateurs, d'ouvriers ou de petits employés dans la grande majorité des cas, nous avons appliqué les normes qui ont été trouvées en France dans la moyenne de la population non sélectionnée où l'on avait constaté un niveau intellectuel moyen entre 12 à 15 ans (1). Nous avons pris ainsi pour base de la non-débilité un âge mental entre 12 et 13 ans égal à un QI 1,00.

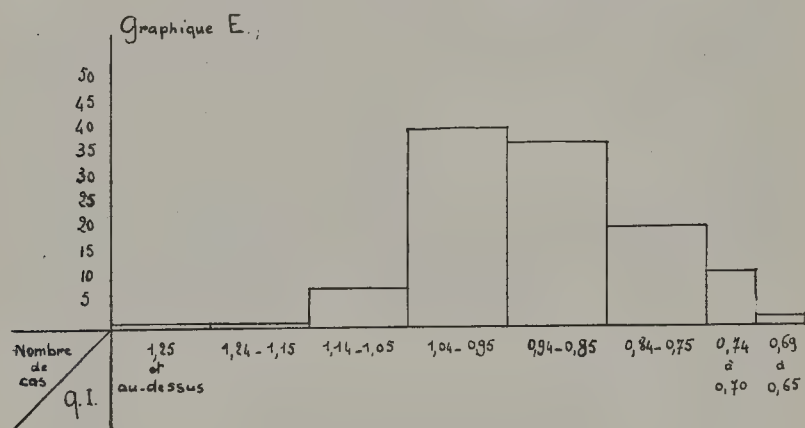
(1) Th. SIMON. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1922, pp. 247 et 248.

Voici la courbe des instables psycho-moteurs purs :



Nous voyons que cette courbe en cloche n'est pas tout à fait classique. Si le point central se confond avec le médian, les deux extrémités sont réparties d'une façon très inégale : nous ne comptons que 39 instables psycho-moteurs purs ayant un niveau mental au-dessus de la basse moyenne de la population non sélectionnée, 7,3 0/0, et il n'y a que 9 cas avec un QI de 1,24 et 5 cas avec un QI de 1,25 et au-dessus ; en tout, 2,7 0/0 d'intelli-

gences supérieures. Par contre, les intelligences médiocres ou légèrement débiles forment ensemble 90 0/0 des cas environ. Il y a, en effet, 165 instables psycho-moteurs purs ayant un QI de 1,04-0,95 et 146 avec un QI de 0,94-0,85, c'est-à-dire un niveau mental équivalent à la basse moyenne de la population ou un peu en-dessous de cette moyenne (58,6 0/0), et 167 enfants plus ou moins débiles (31,4 0/0 des cas environ). Autrement dit, presque un tiers d'instables psycho-moteurs purs sont plus ou moins arriérés, dans la majorité des cas, ils sont d'une intelligence plutôt fruste et on ne compte que 2 à 3 0/0 d'intelligences supérieures. Nous constatons ainsi que, pris en grand groupe, le niveau



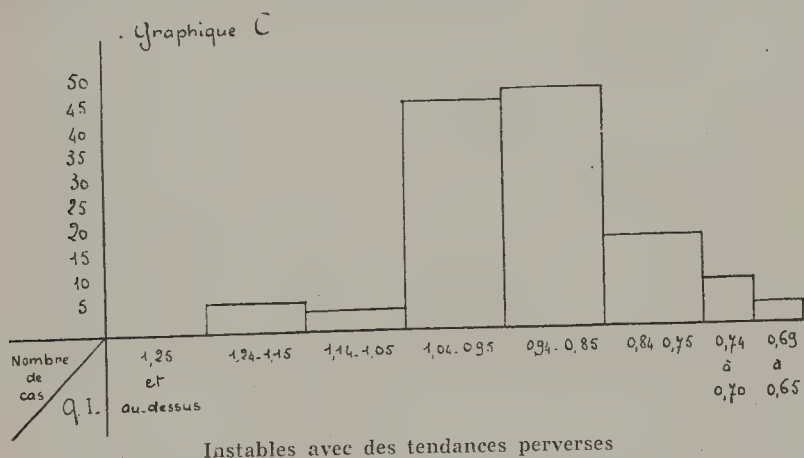
Instables épileptoïdes

mental global des instables psychomoteurs « purs » est plutôt inférieur. Nous verrons ce fait confirmé plus loin quand nous examinerons les réponses des instables aux questions et aux problèmes d'intelligence dans le sens étroit du mot.

Si nous comparons les courbes des autres groupes, celle des instables paranoïaques (Graph. B), celle des instables à tendances perverses (Graph. C), celle des pervers instables (Graph. D), etc..., nous verrons que la courbe des instables épileptoïdes (125 cas d'où nous avons éliminé 5 enfants qui n'ont pas été examinés au point de vue niveau mental), est celle qui, par sa composition, se rapproche le plus de celle des instables psychomoteurs purs ; là aussi (Graph. E), la basse moyenne est représentée par 64,1 0/0 (77 enfants); nous ne voyons que 8 enfants avec un QI de 1,14-1,05 (6,6 0/0) et il n'y a que deux cas d'une intelligence

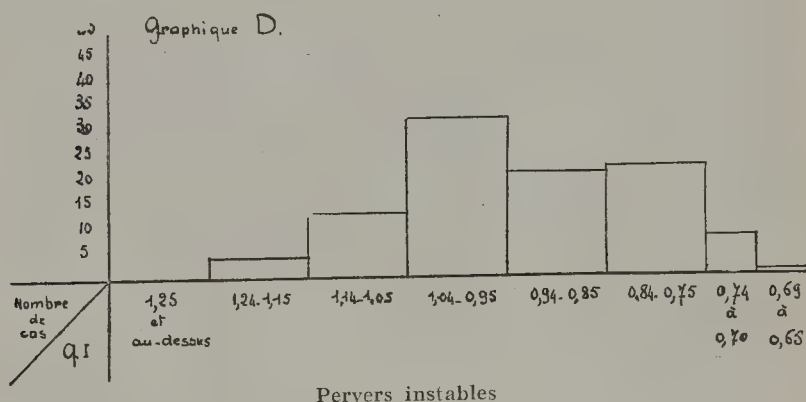
supérieure, 1,7 0/0. D'autre part, les débiles légers forment, ici également, 27,5 0/0 des cas (33 enfants). Ainsi, les intelligences médiocres ou inférieures atteignent à peu près le même pourcentage des cas ($27,5 + 64,1 = 91,6$ 0/0 de tous les instables épileptoïdes).

La répartition des niveaux mentaux dans le groupe des instables ayant des tendances perverses, sans être des pervers instinctifs à proprement parler (Graph. C), 141 cas d'où nous avons éliminé 6 cas d'enfants non examinés au point de vue niveau mental, se rapproche beaucoup des courbes précédentes; on cons-

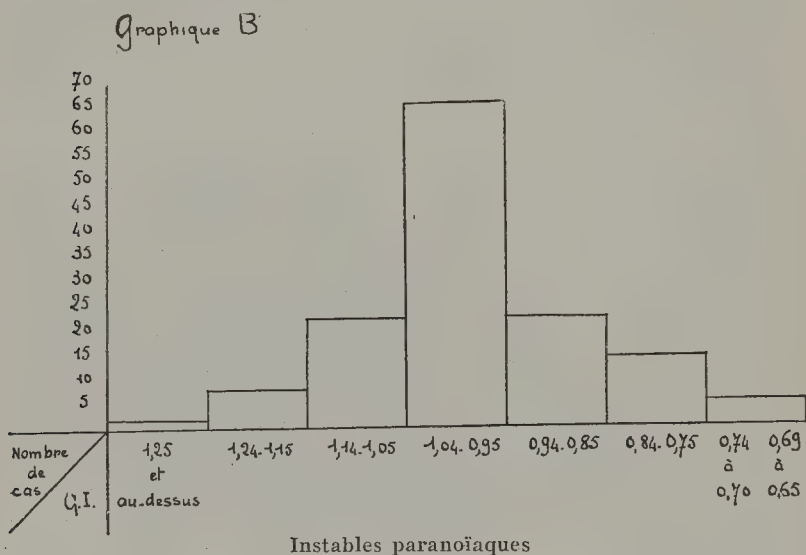


tate cependant que le médian se trouve plutôt près de la débilité mentale légère, puisque 94 enfants se classant dans la basse moyenne (69,5 0/0) et 31 enfants plus ou moins débiles (22,9 0/0) forment ensemble 92,4 0/0 des cas d'intelligences médiocres ou déficientes. Il n'y a que 4 cas d'un niveau mental un peu plus élevé (3 0/0 à peine ayant un QI de 1,14-1,05), et 6 cas d'un niveau mental plus fort que la moyenne (4,4 0/0 avec un QI de 1,24-1,15). Point d'intelligences d'un niveau supérieur. Dans la courbe des grands pervers instables, le nombre d'intelligences médiocres ou débiles est encore plus élevé (Graph. D). Sur 101 cas (nous avons éliminé les enfants qui n'ont pas été examinés au point de vue niveau mental), nous apercevons 53 cas d'un niveau mental équivalent à la basse moyenne (53 0/0) et 31 débiles. 13 enfants ont un niveau mental un peu au-dessus de la basse moyenne (QI 1,14-1,05) et 4 ont un QI de 1,24-1,15. Ici non plus, il n'y a pas un seul cas d'intelligence supérieure. (Nous laissons

de côté pour le moment le problème de la mauvaise volonté durant l'examen qui a dû jouer un rôle, ici d'une façon particulière).



La courbe des instables à tendances paranoïaques (Graph. B) se rapproche tout à fait de la courbe en cloche classique. Sur

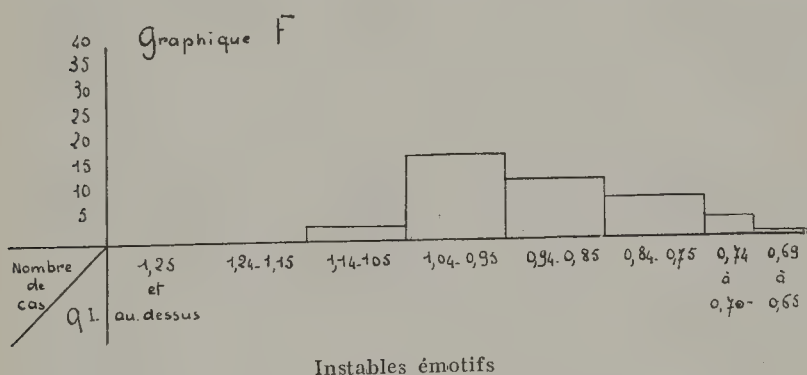


138 cas de ce groupe, 65 ont un niveau mental équivalent à la basse moyenne (47,1 0/0). Il y a 22 cas avec une débilité légère (15,9 0/0) et 19 cas avec une débilité plus accentuée (13,8 0/0).

Les intelligences supérieures à la basse moyenne sont réparties d'une façon symétrique : 22 cas d'enfants avec un QI de 1,14-1,05 (15,9 0/0), 8 cas avec un QI de 1,24-1,15 (5,8 0/0), et 2 intelligences supérieures (1,5 0/0 avec un QI de 1,25 et au-dessus).

Il serait osé de se prononcer sur les courbes des émotifs (Graph. F), des intermittents, leur nombre étant trop peu élevé. On peut seulement noter une tendance à se rapprocher du niveau moyen, car on ne voit presque pas d'intelligences supérieures et très peu de débiles.

Ainsi, en jugeant d'après les lois des grands nombres, nous pouvons relever que, d'après le niveau mental global, les insta-



bles se trouvent dans la basse moyenne de la population, qu'ils sont souvent légèrement débiles et qu'une débilité plus accusée n'est pas rare. Donc, prise globalement, leur intelligence est plutôt inférieure à la moyenne de la population et nos courbes donnent partiellement raison à ceux qui jugent les instables comme des débiles légers. Cependant, tous ceux qui ont affaire à ces enfants parlent de leur intelligence éveillée, primesautière. Une analyse plus approfondie et basée sur le relevé de leurs réponses à plusieurs tests de niveau et d'intelligence au sens étroit du mot, nous montrera que ces observateurs n'ont pas tout à fait tort. Mais la première, ainsi que la deuxième catégorie des juges se trompent, s'ils estiment qu'on peut donner une appréciation globale et unilatérale sur une mentalité aussi complexe que celle de l'enfant instable.

2. La dispersion des tests de niveau

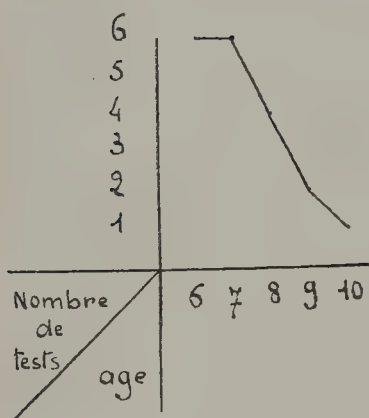
Afin de nous rendre compte de ce que nous examinons sous la désignation de « niveau mental », nous allons procéder tout d'abord à une analyse sommaire des tests qui déterminent ce « niveau mental », d'après le Binet-Simon original de 1911, et d'après la Stanford-Révision de Terman.

Nous désignons, par « niveau mental », la synthèse globale des diverses aptitudes qui composent ce que nous appelons « intelligence ». Cette synthèse est obtenue par une moyenne résultant de l'application de tests variés, soit : des tests d'intelligence à proprement parler, des tests de mémoire, d'imagination, d'aptitudes verbales, etc... Or, ce qui frappe le plus quand on jette un coup d'œil sur les feuilles d'examen de niveau de Binet-Simon ou sur les cahiers de Terman, c'est la grande dispersion des réponses positives chez les instables. Cette dispersion est tellement fréquente qu'elle peut être considérée comme un signe clinique d'instabilité. Un enfant instable peut, par exemple, ne pas répondre à un ou deux tests de 8 ans ou de 9 ans et résoudre fréquemment plusieurs tests de 12 ans, de 14 ans, même de 15-16 ans. Par contre, dans la plupart des cas, les enfants normaux et les débiles simples s'arrêtent normalement à la série qui est immédiatement au-dessus de leur âge chronologique ou près de cet âge (voir courbes *a, b, c, d, e, f, g*). Quels sont les tests que les instables ne réussissent pas ? Autrement dit, quels sont les tests faciles et quels sont les tests difficiles pour les instables ?

TESTS DE MÉMOIRE. — Dans le Binet-Simon original, il existe un nombre considérable de tests qui sont surtout des épreuves de mémoire (mémoire des phrases, des chiffres, des récits), Binet ayant attribué à la mémoire un grand rôle, apparemment exagéré. Or, les instables ne réussissent pas moins bien les tests de mémoire simple que les enfants normaux d'âge correspondant, ceci à condition que les éléments soient concrets et en nombre réduit (mémoire de chiffres en nombre limité, mémoire de phrases courtes, mémoire de petits récits). Nous allons en voir une confirmation quand nous envisagerons, non pas le niveau global, mais les aptitudes spéciales des instables.

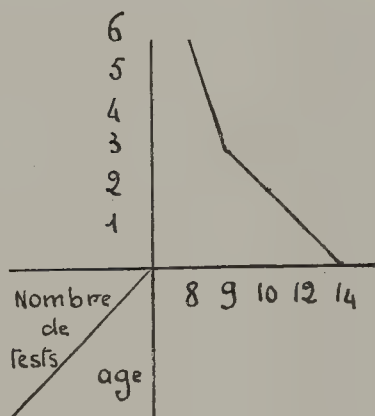
TESTS DE REPRÉSENTATION SPATIALE. — Certains tests de représentation spatiale, comme celui des aiguilles de la montre, don-

a.



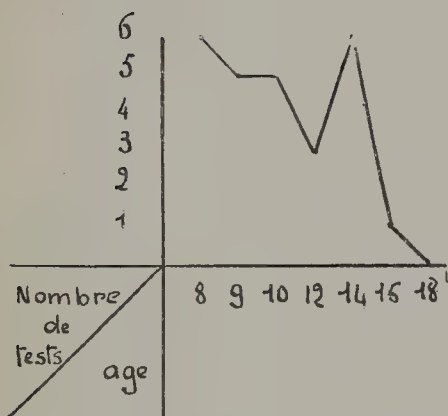
Enfant normal

b.



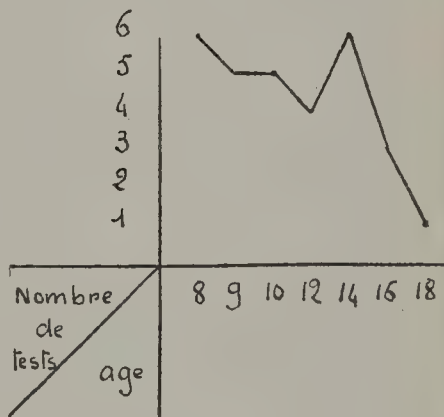
Débile simple

c.



Instable psychomoteur « pur »

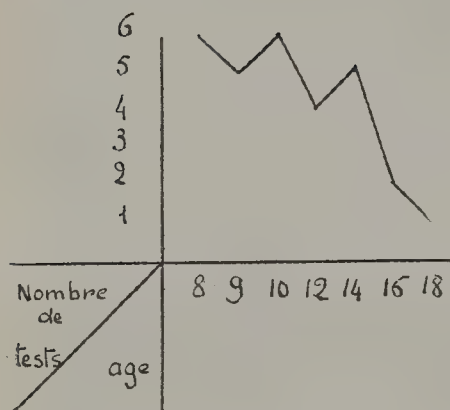
d.



Instable psychomoteur « pur »

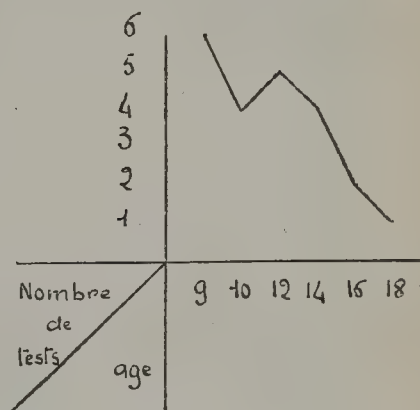
nent également des réussites fréquentes, quand ils sont assez simples et ne demandent pas d'effort prolongé (60 0/0 de réussites dans ce dernier test). Si une épreuve de ce genre exige un calcul, comme le test d'induction, elle est ratée beaucoup plus souvent (35 0/0 de réussites seulement chez des enfants ayant

e.



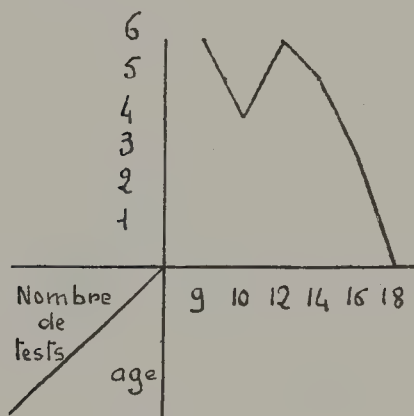
Instables épileptoïdes

f.



Instable avec des tendances perverses

g.



Instable paranoïaque

résolu plusieurs tests de 14 ans). On peut dire, par conséquent que, d'une manière générale, les tests d'enregistrement simple, ainsi que les tests de représentation spatiale simple, sont parmi les épreuves facilement résolues par les instables.

TEST DU VOCABULAIRE. — L'épreuve du vocabulaire, adaptée par Claparède à la Stanford-Révision de Terman, a été insuffisamment étalonnée. D'une façon générale, ce test est d'une appréciation délicate car le nombre et la qualité des mots connus varie considérablement d'un milieu à l'autre. Aussi, cette épreuve ne vaut-elle que par la possibilité de comparaison entre différents milieux et différents types. Si l'on compare le nombre des mots connus par les enfants instables et les non-instables des mêmes milieux, on constate qu'il n'y a pas de différence au point de vue quantité. Certains instables non-débiles ont même un vocabulaire étonnamment riche. Ce qui les distingue des enfants normalement disciplinés, c'est le fait que les instables donnent beaucoup plus fréquemment des explications approximatives. Ce fait semble indiquer que ces derniers comprennent les choses beaucoup plus en bloc que les enfants normaux d'âge correspondant. Ainsi, un guéridon est fréquemment confondu avec un petit canapé, ou avec une petite commode ; la gencive c'est la molaire ; jovial, c'est être gentil ; une chronique est une annonce de journal ; une redingote est une sorte de chemise ; une espagnolette, c'est « quand on ouvre un tout petit peu la fenêtre » ; achever, c'est continuer une œuvre, etc... Un autre mode d'explication, encore plus fréquent que le précédent, c'est une définition par assonance. Ainsi, une jonquille est une jongue ; un échalas est une échelle ; une palissade est une glissade ; des liteaux sont de petits lits ; rural est ce qui a rapport à la rue ; une espagnolette est une petite espagnole ; un coudrier est celui qui coud ; amender, c'est donner ou demander une amende ; diffamer, c'est ne pas avoir faim, etc... Ce sont, d'habitude, des explications qui sont données par les enfants très jeunes, qui se croient obligés de répondre, tandis que les enfants normaux, d'âge scolaire et intellectuel correspondant, se taisent le plus souvent s'ils ne connaissent pas les mots en question.

TESTS D'ORDONNANCE NUMÉRALE. — Dans la Révision de Stanford, où l'on remarque une tendance à garder du Binet-Simon originel tout ce qui pouvait être conservé, l'on s'était vu obligé de remplacer plusieurs de ces tests par d'autres. Dans ces substitutions, on a encore eu le soin de ne pas s'éloigner de la source. On a ainsi remplacé les tests de mémoire des chiffres par la récitation des chiffres à rebours. Cependant, tout en s'inspirant du modèle, le test a complètement changé de valeur et de signification.

En effet, pour réciter des chiffres à rebours, l'opération intel-

lectuelle est bien complexe. Il ne suffit pas de fixer ces chiffres pour les évoquer quasi-automatiquement. Il faut avoir tout d'abord une sorte de présentation mentale de ces chiffres ; il faut ensuite s'arrêter sur chacun d'eux, sur sa place respective dans la série. Ainsi, la première opération est un effort d'attention distribuée ; en deuxième lieu, il faut faire une ébauche de plan. Or, nous allons voir que là où il s'agit d'ordre, de plan, aussi élémentaire qu'il soit, l'instable se trouve en état d'infériorité. Aussi, les séries des chiffres à rebours se trouvent-elles parmi les épreuves qui sont rarement réussies par les instables. Un enfant instable qui résout des tests au-dessus de 9 ans, de 10 ans et même au-dessus de 12 ans, se heurte, dans le test de 4 chiffres à rebours, à une difficulté insurmontable. Sur 100 enfants instables psychomoteurs purs qui ont répondu d'une façon satisfaisante à des tests de 10 ans, de 12 ans, même de 14 ans, 91 n'ont pu ordonner une seule des trois séries de 4 chiffres à rebours. Cependant, ce test est facilement résolu par des enfants de 9 ans ayant une scolarité régulière.

TESTS D'ORDONNANCE VERBALE. — Il existe, d'autre part, deux épreuves verbales dans l'échelle de Binet-Simon et dans la série de la Stanford-Révision de Terman où les instables échouent trop fréquemment pour que ces échecs ne soient pas significatifs. Ce sont : le test de la formation des phrases et celui des définitions supérieures à l'usage. Dans leur batterie de tests, Binet et Simon demandent à ce qu'un enfant normal sache former, avec les trois mots donnés (*Paris-fortune-ruisseau*), deux phrases à 10 ans et une seule à 12 ans. Or, ces mots sont trop disparates, et partant trop difficiles pour former une phrase à sens positif, même à 12 ans, si l'enfant n'a pas encore une discipline verbale suffisante, discipline qu'il n'acquiert d'habitude qu'à l'école secondaire. Les enfants qui n'ont pas cette formation y échouent le plus souvent. Ainsi, les enfants normaux des écoles communales entre 10 ans et 12 ans et les instables, même s'ils ont un niveau global très supérieur à cet âge, tournent souvent autour de cette forme puérile : « *Paris a de la fortune et de nombreux (ou de jolis) ruisseaux.* » Plus souvent encore, les uns et les autres se taisent car, avec la discipline verbale insuffisante, ils ne se doutent pas qu'avec ces trois mots, il est plus simple de former une phrase à sens négatif. Aussi, la Stanford-Révision de Terman a-t-elle donné trois séries de mots beaucoup plus faciles, et elle a descendu ce test ainsi simplifié à l'âge de 9 ans. Il est devenu tout à fait facile pour des enfants

de 9 ans, à condition qu'ils aient acquis une discipline scolaire régulière. Or, ce test donne un pourcentage d'échecs considérable chez les enfants instables dont le vocabulaire est au niveau de leur âge et qui ont résolu plusieurs tests au-dessus de 9 ans. Cela nous montre que, pour réussir le test en question, il ne suffit pas d'avoir un vocabulaire et des aptitudes verbales suffisants. Dans l'opération intellectuelle consistant à former des phrases avec des mots donnés entre en jeu, outre une certaine imagination verbale, assez minime d'ailleurs, une aptitude spéciale d'ordre formel que l'enfant acquiert par une discipline scolaire, mais pas nécessairement à l'école. Tout en sachant exprimer ses idées par des phrases, tout en répondant par des phrases aux exigences de son entourage, l'enfant ne sait pas les former artificiellement et suivant un ordre donné. Il faut qu'il apprenne, à l'aide d'exercices de mémoire, d'imagination et surtout d'attention, à faire des phrases dans des conditions données et selon un plan. Or, l'enfant normalement discipliné l'apprend facilement, tandis que l'enfant instable d'âge scolaire a bien du mal à l'acquérir, l'exercice de l'attention lui faisant défaut. Aussi, tout en ayant un niveau mental global supérieur à 9 ans, l'instable d'âge scolaire échoue-t-il fréquemment au test de la construction des phrases (82 0/0 d'échecs) que les enfants normaux de cet âge réussissent dans la grande majorité des cas. Souvent le silence est la seule réaction de l'instable, qui parfois réunit les mots n'importe comment et sans leur donner un sens, par exemple : « *Dans le désert, il y a un lac et une rivière* », ou : « *Le lac et la rivière se jettent dans le désert.* »

Ce fait est encore plus frappant, en ce qui concerne les définitions de mots abstraits. Tandis que, dans les définitions par l'usage, les instables non débiles ne sont pas en-dessous des enfants normaux, les définitions au sens propre du mot sont rarement données par les instables, même si leur niveau intellectuel global est élevé. L'enfant de 12 ans et au-dessus, dont la discipline scolaire est normale, définit souvent une idée abstraite par un terme abstrait plus général, l'enfant instable d'un âge correspondant donne plutôt une explication par l'exemple. Ainsi, un enfant normal de cet âge dira souvent que « *la pitié est une qualité qui consiste à...* », « *l'envie est un mauvais penchant qui nous porte à...* », etc... L'instable, déjà adolescent, emploie rarement un terme abstrait et il dira plutôt, comme le jeune enfant : « *La pitié, c'est quand quelqu'un aide les autres dans leur malheur...* », « *l'envie, c'est quand quelqu'un veut avoir ce qu'on voit chez notre voisin* », etc... Ainsi, dans les défini-

nitions, qui sont plutôt des classements ou des généralisations, l'instable ne classe presque jamais, mais il cite un exemple concret. De même, pour l'épreuve des différences entre deux termes abstraits (test d'adulte). Les bonnes réponses sont ici encore plus rares, même si l'instable a résolu plusieurs tests d'adulte. Souvent, il connaît les deux termes à différencier, mais il réussit très rarement à leur trouver des caractères distinctifs.

Quelques autres tests introduits par Terman et très bons pour des enfants à discipline scolaire normale, abaissent le niveau mental général des instables. Ce sont : le test des fables à interpréter en premier lieu, ensuite celui des problèmes mathématiques et de l'induction, puis celui du code, et en dernier lieu, celui de la balle dans le champ.

3. L'intelligence au sens étroit du mot

A. Le rendement intellectuel des instables, stimulés par un examinateur

Nous passons insensiblement aux tests d'intelligence au sens étroit du mot : tests de compréhension et de jugement (intelligence du concret), tests de raisonnement logique et moral (abstraction, généralisation, déduction).

COMPRÉHENSION CONCRÈTE ET COMPRÉHENSION ABSTRAITE. — Dans la compréhension d'une situation concrète, l'instable réussit assez bien, si l'on réussit de fixer son attention. Les questions de compréhension des quatre degrés — 4 ans, 6 ans, 8 ans et 10 ans — sont généralement bien résolues par les instables d'un âge correspondant, si on sait les stimuler et ne pas se contenter d'une réponse à côté du problème posé, et s'ils ne sont pas franchement débiles. C'est cette facilité de répartie concrète qui a fait dire à tant d'observateurs que l'instable a l'esprit éveillé et primesautier. De nombreux parents, pédagogues et observateurs d'instables, trouvent, en effet, que leur sujet « n'est pas bête », que ses réflexions à la volée sont parfois étonnantes, surtout si elles ne sont pas provoquées à dessein ou exigées. Ainsi, une maman nous dit de sa fillette de 12 ans 1/2 (obs. 21) : « Elle a des conversations de 15 ans et des propos de bébé. » C'est que les « conversations » sont spontanées et relèvent de l'intelligence d'assimilation concrète qui touche à la mémoire, tandis que les « propos » sont plutôt provoqués et concernent les problèmes ayant trait à l'intelligence des rapports. Il est

nécessaire que la question soit concrète, à terme unique, ou qu'elle lui en rappelle une autre, analogue. La réponse réussit alors dans la mesure et selon le degré de simplicité, de familiarité et de concrétisation, car dès qu'elle s'éloigne de cette forme simple, concrète et familière, l'instable se tait ou s'embrouille. Les réponses absurdes ou puériles à certaines questions de compréhension nous montrent qu'au lieu de s'adapter à une situation objective et neuve, qui demande une réaction personnelle, l'instable cherche à trouver, dans son expérience passée, une situation analogue. Pareil à un enfant d'âge pré-scolaire, dont les intérêts sont plutôt subjectifs, l'instable pense avant tout à l'intention de l'interlocuteur. La situation en elle-même n'est envisagée qu'en deuxième lieu, et encore d'une façon disparate et fragmentaire. Comme le tout jeune enfant qui sait que sa situation est faible par rapport à celle de l'adulte et qui veut s'accommoder et aller au devant du désir de la personne qui l'interroge, l'instable d'âge scolaire, ou même post-scolaire, croit se tirer d'affaire le mieux et à peu de frais, en répétant à la personne qui l'interroge, ce qu'il a l'habitude de s'entendre recommander ou se reprocher à lui-même. Ainsi, à la question : ce qu'il faut faire si on doit aller quelque part et qu'on a manqué le train, un instable répond : « *il faut se lever de bonne heure pour ne pas le manquer* », et à cette autre : si tu es en route pour l'école et que tu vois que tu es en retard, un autre instable réplique : « *il faut prendre le cartable et regarder à droite et à gauche s'il n'y a pas d'auto pour ne pas se laisser écraser.* » Dans ces réparties, on voit nettement que l'enfant a saisi, non pas la phrase entière, mais deux idées disjointes et sans rapport entre elles, « aller à l'école » et « être en route », et qu'il a associé les réflexions qu'on lui fait habituellement à propos de sa distraction : prendre le cartable, et ne pas se laisser écraser en route. « *Bien travailler* » est une réponse très fréquente à cette question, et tout aussi caractéristique. Ce genre de réponses est le plus fréquent pour la question : pourquoi pardonne-t-on plus facilement une mauvaise action faite en colère qu'une mauvaise action faite sans colère : « *parce qu'on a l'espoir qu'il ne recommencerait pas* » est une réponse bien caractéristique pour ces enfants à qui on demande toujours de ne pas recommencer. Ils suivent si peu la question, telle qu'on la leur présente dans son ensemble, que seul le fait de pardonner est saisi, comme dans la réponse qui vient d'être citée. Dans d'autres cas, le fait de se mettre en colère est seul saisi. Ces derniers cas nous valent une série de réponses non moins caractéristiques : toutes, elles

condamnent les actions en colère au lieu de les pardonner. « *Parce qu'on est énervé* », « *parce qu'on fait des désastres* », « *parce que c'est de la méchanceté quand on se met en colère* », ou : « *il faut demander pardon à sa maman quand on s'est mis en colère* », etc... La question de compréhension du même âge : pourquoi on juge plutôt les hommes d'après leurs actions que d'après leurs paroles, est également difficile, même pour les enfants dont la discipline mentale est normale. Les instables ne la réussissent que lorsque leur niveau intellectuel global est très supérieur à 10 ans. Il y a là deux termes abstraits à mettre en regard et les instables s'y perdent. Là encore, ils saisissent, le plus souvent, un terme du raisonnement et ils l'associent par analogie à un lieu commun qu'ils entendent autour d'eux. Par contre, les deux autres questions de compréhension (Binet-Terman) du même âge, sont faciles et les réponses se déclenchent très rapidement. Ces questions sont : qu'est-ce qu'il faut faire avant de se décider dans une affaire importante, et : si on vous demande votre avis sur une personne que vous connaissez peu. Les situations étant tout à fait concrètes et à terme unique, les instables non débiles n'y réussissent pas moins bien que les enfants normaux de cet âge.

Il en est de même d'un autre test de compréhension d'une situation concrète, c'est celui du problème de faits divers (15 ans d'après Binet-Simon, 14 ans d'après Terman). Or, quoique d'un âge supérieur, ce test est le plus fréquemment réussi par les instables, même par ceux qui ont parfois échoué aux deux questions plus difficiles de compréhension de l'âge X. Les plus distraits font, selon leur habitude, un acte d'association au lieu d'un acte de réflexion. Ils ne saisissent qu'un fragment de la question : « *allé chez le commissaire de police* », ce qui déclenche automatiquement la réponse : « *un brigand* » ou « *un voleur* » ; ou cet autre fragment : « *à une branche d'arbre* » qui, lui, déclenche la réponse « *un oiseau* » ou « *un écureuil* ». Cependant, si on va jusqu'à leur faire répéter la question, ils se corrigent la plupart du temps et donnent la réponse adéquate. Il est souvent le seul test réussi dans la série de 14-15 ans. C'est parce que, dans ces problèmes, il s'agit des jugements concrets et intuitifs. Ainsi, dans la compréhension des situations et des faits concrets, l'instable n'est pas inférieur à l'enfant à discipline mentale normale, si on sait capter son attention dispersée.

COMPRÉHENSION DES GESTES ET DES ATTITUDES D'AUTRUI. — D'autre part, la compréhension des gestes et celle des comporte-

ments d'autrui semblent tout à fait faciles et d'aucuns prétendent que les instables sont des acteurs-nés [Birnbäum (1), Kramer (2), Homburger (3)]. Birnbäum parle d'un « instinct de représentation » (*Vorstellungstrieb*) et d'une aptitude de l'instable à se mettre dans la situation d'autrui (*Einfühlung in andere Rollen*). Le talent théâtral ne serait pas rare. Nous n'avons pas de données expérimentales suffisantes à notre disposition, en ce qui concerne sa compréhension des gestes et des comportements d'autrui, mais la mimique éveillée de l'instable, sa répartie vive, l'absence d'inhibition émotive et de trac dans la plupart des cas, la facilité avec laquelle il s'adapte à une situation nouvelle, jusqu'à ce que cette nouveauté cesse de le séduire, tous ces faits sont notés par maint observateur. Il semble que c'est grâce à ces aptitudes qu'on s'est trompé si souvent sur la valeur intellectuelle des instables. Le fait que l'instable réplique si souvent par les lieux communs, et les raisonnements moraux tout faits qui lui sont prodigués à lui, prouve également qu'il essaie de saisir l'intention de celui qui le questionne et cherche à s'adapter à son interrogateur. De toute façon, s'il n'y a pas de supériorité marquée dans ce domaine, ces faits prouvent que les instables non débiles, surtout les psychomoteurs purs et les paranoïaques, souvent les épileptoïdes et les pervers, ne sont pas inférieurs à la moyenne des enfants normaux, en ce qui concerne la compréhension et l'adaptation concrètes.

Quant à leur aptitude à comprendre les sentiments d'autrui, nous envisagerons ce problème dans le chapitre concernant leur affectivité.

MÉTHODE D'EXÉCUTION. — Cependant, bien qu'ils aient une vivacité de compréhension et d'adaptation à une situation concrète d'une durée courte, les instables révèlent souvent une absence d'idée directrice, d'ordre et de simplification dans leurs procédés d'exécution. Souvent, ils procèdent comme cette petite fille de 12 ans (instable psychomotrice ayant un âge mental global de 10 ans), qui exécute bien le test de 9 ans (Binet-Simon), trop facile pour cet âge et que nous avons rendu un peu plus difficile en changeant un peu l'énoncé — rendre 13 sous sur 20 sous — mais qui commence par réunir les pièces d'un sou et de deux

(1) BIRNBAUM. — « *Charakterstudien an Verbrechern* » dans le *Recueil d'Utitz*, 1927, p. 203.

(2) KRAMER. — « *Haltlose Psychopathen* ». Compte rendu du Congrès d'Assistance aux Psychopathes. Dusseldorf, sept. 1925, pp. 44 et suiv.

(3) HAMBURGER. — « *Psychopathologie des Kindesalters* », 1926, p. 305.

sous, puis donne deux fois cinq sous et trois fois un sou, lorsqu'il est si simple de faire ce que font la grande majorité des enfants : prendre une pièce de dix sous, une autre de deux sous et une troisième d'un sou. Nous reviendrons encore sur la question de l'adaptabilité de l'instable. A présent, nous allons examiner sa pensée réfléchie.

Nous verrons tout à l'heure comment l'instable se comporte en face d'un raisonnement absurde et de la notion de contradiction. Auparavant, nous tâcherons d'avoir un aperçu sur sa façon d'abstraire et de généraliser.

ABSTRACTION ET GÉNÉRALISATION. — Nous savons que Binet et Simon ont placé les premières opérations de différenciation (premier degré menant à des opérations d'abstraction et de généralisation), à l'âge de 8 ans, c'est-à-dire au bout de deux années scolaires. L'étalonnage américain de la Stanford-Révision montre que cette épreuve (trouver des différences entre le pavillon et la mouche, le papier et le carton, le bois et le verre) est trop facile pour cet âge et l'a descendue à 7 ans, en changeant, en plus, une des trois paires de comparaison, la plus facile (carton et papier est remplacée par pierre et œuf). Trouver un caractère différentiel entre deux objets, tels que papillon et mouche, pierre et œuf ou bois et verre, est en effet une opération facile pour un enfant de 7 ans. A l'âge de 8 ans, après avoir subi une discipline de deux années scolaires normales, l'enfant est capable de généraliser. Aussi, la Stanford-Révision a-t-elle placé à cet âge le test de la ressemblance entre deux objets. Sur les quatre paires, il faut en réussir deux. Cette épreuve est, en effet, réussie par la majorité des enfants normaux de 9 ans. Cependant, les instables y échouent souvent, même s'ils résolvent plusieurs tests de 9 ans, de 10 ans, parfois de 12 ans. C'est que, pour résoudre l'épreuve de la ressemblance entre deux objets, il ne suffit pas de saisir intuitivement la situation. Pour trouver des ressemblances, il faut s'arrêter sur chacun des objets, les mettre en regard pour leur trouver un terme général, un qualificatif commun ou un usage commun. Ce sont là les premiers exercices d'abstraction, et l'esprit dissipé des instables perd pied dans cette opération. Aussi, sur 100 instables psychomoteurs purs ayant un âge mental supérieur à 8 ans, 81 0/0 ont échoué à ce test. Il en est de même pour l'aptitude à généraliser qu'un autre test de ressemblance d'un niveau supérieur met en jeu dans la batterie de Terman (ressemblances entre trois objets de l'âge XII). Nous relevons, chez les instables psychomoteurs, épilép-

toïdes ou pervers, ayant résolu plusieurs tests de 14 ans et de 16 ans, un échec dans 85 0/0 des cas. Les échecs sont beaucoup moins fréquents chez les paranoïaques.

CRITIQUE DES ABSURDITÉS. — Dans les deux batteries, dans celle de Binet-Simon et dans celle de Terman, la série des phrases absurdes se trouve à l'âge X. Ces questions, pas très réussies, sont tout à fait surannées à l'heure actuelle. Il est dommage que Terman les ait laissées dans son remaniement. Il en a cependant remplacé deux : celle des trois frères, la plus intéressante à notre avis pour l'analyse du raisonnement infantile, par une autre qui est tout aussi difficile, de beaucoup la plus difficile de la série, « la route qui va de ma maison vers la ville descend tout le temps jusqu'à la ville et descend de la ville vers ma maison ». Elle déroute souvent l'enfant instable parce qu'elle est trop longue et lui réclame un trop grand effort d'attention et de persévérance. Aussi, la réponse est-elle souvent nulle ou négative (dans 82 0/0 des cas). La deuxième (un ingénieur a dit que, plus il y a de wagons au train, plus il peut aller vite), qui a remplacé le suicide du vendredi que les enfants ne comprennent plus aujourd'hui, est trop équivoque et en même temps trop simple. Rien d'étonnant à ce que les réponses soient parfois ambiguës. Si elles ne sont pas simples, ces réponses sont très souvent satisfaisantes. Les trois autres sont lugubres, mais tout à fait faciles, si l'enfant écoute la question, qu'il faut souvent lui répéter. Aussi, les instables de 10 ans les réussissent-ils dans une grande proportion des cas, à condition qu'on arrive à fixer leur attention, ce qui n'est pas trop difficile, puisque c'est le test qui les amuse le plus. Ce sont les psychomoteurs purs qui sont les plus difficiles à capter, mais on réussit quand même en leur faisant répéter les phrases. Ces questions étant mal adaptées, elles ne nous donnent qu'une notion très insuffisante sur la façon de raisonner de l'enfant. Les phrases absurdes de Schuler-Claparède, beaucoup plus variées, nous semblent mieux appropriées à donner un coup de sonde dans le raisonnement des instables. Nous donnerons *in extenso* plusieurs modalités de réponses d'instables.

Nous pouvons classer ces réponses en plusieurs catégories. La première et la plus élémentaire est le n'importe qu'isme, une réponse automatisée. En dépit de toute stimulation, le grand instable psychomoteur ne fait pas le moindre effort pour écouter la question et il donne une réponse toute faite, qui est le plus souvent une répétition de ce qu'il a l'habitude d'entendre autour

de lui. Par exemple, à la question : l'accident n'a pas été grave avec 48 personnes tuées, il répond : « *le chemin de fer a déraillé* » (réponse d'un instable psychomoteur pur, fils de cheminots). C'est de la distraction pure et simple. Un autre mode de réponse de ce genre consiste à répéter ce qu'on a l'habitude de reprocher à l'enfant. Ce genre de réponses, que nous avons rencontré dans les questions de compréhension, et que nous rencontrerons encore souvent, est trop fréquent pour qu'il ne représente pas un trait caractéristique de la mentalité instable. Ainsi, par exemple, à la question : Alfred est un mauvais joueur de quilles parce qu'il a des dents gâtées, un instable répond : « *il triche* ». On dit souvent aux instables, qui ne savent pas faire un effort, qu'ils sont paresseux. Aussi, quand on demande à expliquer l'absurdité de la phrase : Michel devrait étudier l'arithmétique parce qu'il est très charitable (12 ans), entend-on cette réponse caractéristique et fréquente, surtout chez le psychomoteur pur : « *il est paresseux* ». Il est évident que les enfants en question ont saisi l'idée : « étudier l'arithmétique » (pierre d'achoppement pour les instables), et ils associent, à la notion vague qu'ils en ont, ce reproche qui leur est adressé souvent à cette occasion et qui est, la plupart du temps, associé à l'étude de l'arithmétique : « *il est paresseux* ». Plusieurs enfants qui ont donné cette réponse puérile savaient cependant répondre d'une façon satisfaisante à une question beaucoup plus difficile et étalonnée pour 14 ans (Alfred dit qu'il n'ira pas dans l'eau avant de savoir nager). C'est que cette dernière question est beaucoup plus concrète ; on n'y demande pas d'opposer deux idées qui font partie de domaines différents, mais deux états chez le même individu. Par contre, dans la phrase absurde précédente, à laquelle 75 0/0 d'enfants suisses de 12 ans ont bien répondu, l'instable psychomoteur, paranoïaque ou pervers, qui réussit des tests de 12 ans, de 14 ans et de 16 ans, et dont le niveau mental global peut être très supérieur à 12 ans, ne saisit pas l'absurdité parce qu'il y a, dans la phrase en question, deux idées différentes à opposer. Les réponses de deux autres instables psychomoteurs purs peuvent être classées dans la même série : « *Parce qu'il ne va pas souvent à l'école.* » « *Il devrait l'étudier, mais ne l'étudie pas.* » Au lieu de mettre en regard deux idées pour les opposer, celle d'être charitable et celle d'étudier l'arithmétique, ils effectuent un acte de mémoire associative, c'est-à-dire ils suivent la tendance au moindre effort, tendance primordiale dans leur mentalité dispersée. Plusieurs réponses d'instables, ceci à des niveaux différents, peuvent être classées dans cette rubrique, en

premier lieu les réponses des psychomoteurs purs, parfois aussi celles des paranoïaques, et il est inutile d'en multiplier les exemples. Les instables émotifs, les épileptoïdes et ceux à tendances perverses, se taisent plus souvent au lieu de répondre n'importe quoi.

A un degré un peu plus élevé, nous avons une autre catégorie de réponses, celle qui consiste à expliquer que la phrase n'est pas absurde. Ces réponses se rencontrent le plus souvent chez les psychomoteurs purs. L'enfant n'a pas saisi la contradiction, mais il fait preuve d'une notion, très vague en vérité, du principe de causalité. Ce sont les réponses habituelles des enfants qui ne sont pas instables, mais plutôt trop jeunes, c'est-à-dire des enfants qui n'ont pas encore atteint le niveau nécessaire pour comprendre la contradiction dans le raisonnement. Cette incompréhension est cependant fréquente chez les instables qui ont franchi ce niveau. Ainsi, un instable psychomoteur de 12 ans, qui n'est pas débile, prétend qu'« *on ne peut pas jouer aux quilles quand on a des gents gâtées* » (phrases absurdes de 9 ans). Il affirme qu'« *un aveugle ne voit pas clair* » (12 ans), sans savoir préciser, ou que « *ce n'est pas un bon boulanger* » (13 ans). A la question absurde de 9 ans : Paul a sauté par-dessus son ombre, il répond textuellement : « *L'ombre est plus grande que lui, on ne peut pas sauter car elle grandit.* » (1). Les variations dans la notion de causalité sont bien représentées dans les réponses à cette dernière phrase absurde. Aussi, en donnerons-nous quelques échantillons. « *L'ombre serait derrière s'il sautait* », dit un autre instable psychomoteur. Cet échec ne lui empêche pas de trouver les contradictions dans les phrases absurdes de 10 ans, 11 ans, 12 ans, 13 ans et même d'une phrase de 14 ans, la plus facile, il est vrai. Un autre instable, du même type psychomoteur (obs. 31), qui n'est pas débile, répond : « *Il aurait pu se casser une jambe.* » Cependant, d'une façon générale, les absurdités dans le genre de cette dernière, et pour ainsi dire concrètes, sont facilement dépistées par les instables. C'est le cas surtout pour les phrases absurdes faisant partie de cette catégorie et étalonnées pour 10 ans, 11 ans et 12 ans : (J'ai demandé tout bas à ce monsieur s'il était aussi sourd qu'on le prétendait. « *Certainement, m'a-t-il répondu, je suis complètement sourd, des deux oreilles.* » 10 ans ; mon frère qui est marin n'a jamais quitté la Suisse de sa vie, 10 ans ; un monsieur écrit

(1) Ces réponses ressemblent beaucoup à celles que Piaget a obtenu dans ses études sur la causalité chez l'enfant.

une lettre à son ami et à la fin de sa lettre, il ajoute : « Si cette lettre ne te parvient pas, avertis-moi de suite pour que je me plaigne à la poste », 11 ans ; comme il faisait une nuit très noire, cet aveugle a perdu son chemin, 12 ans ; et la seule de 14 ans : Alfred dit qu'il n'ira pas dans l'eau avant de savoir nager).

Toutes différentes sont les réponses aux phrases absurdes qui, d'après l'étalonnage de Schuler-Claparède, doivent être résolues déjà à 9 ans, à 10 ans, à 11 ans et à 12 ans, mais dont l'absurdité consiste à confronter deux idées abstraites, ou à opposer des qualités morales, ou même à faire un simple calcul. Or, les instables d'un niveau intellectuel global au-dessus de cet âge y échouent lamentablement. Ainsi, de cet instable psychomoteur d'une intelligence supérieure (âge chronologique 12 ans 3 mois, âge mental 16 ans et QI 1,3), qui donne, par conséquent, des réponses satisfaisantes à plusieurs tests d'adultes. Cet enfant, si intelligent, répond à la question absurde dont la solution est correcte chez 75 0/0 d'enfants normaux de 11 ans (Louis est aimé de tout le monde parce qu'il a de très longues jambes), de cette façon singulièrement puérile : « *Ce n'est pas bête parce qu'il peut courir plus vite que les autres.* » « *Il fait vite les courses de tout le monde* », est une réponse fréquente chez les instables psychomoteurs de 16, 17 ans qui ne sont pas débiles, mais qui ne s'aperçoivent pas qu'ils expliquent plutôt pourquoi la phrase n'est pas bête. C'est, par exemple, la réplique d'un grand garçon, instable psychomoteur de 17 ans 5 mois, qui répond d'une façon satisfaisante à une des questions les plus difficiles de la série de Schuler-Claparède (Jean vient de se marier, il a épousé la sœur de sa veuve). D'autres instables psychomoteurs (parfois les épileptoïdes, peu nombreux d'ailleurs), tout en accordant que la phrase est bête, expliquent cette absurdité de la façon suivante : « *Il n'est pas beau d'avoir de longues jambes.* » La réponse puérile à une question plus facile (Alfred est un mauvais joueur de quilles parce qu'il a des dents gâtées) — absurdité du même genre, mais dépitée par la majorité des enfants normaux déjà à 9 ans — cette réponse : « *parce qu'en se battant, il a de mauvaises dents* », peut être classée parmi les réponses ne sortant pas de la nurserie. Une autre réponse assez fréquente à l'absurdité en question : « *Alfred triche* », témoigne également de l'insuffisance du raisonnement réfléchi de l'instable.

La question absurde étalonnée pour 12 ans, où il faut opposer deux domaines différents d'activité (Michel devrait étudier l'arithmétique parce qu'il est très charitable), nous semble per-

mettre de toucher du doigt l'insuffisance du raisonnement de ces instables. L'absurdité en question nous vaut cette collection de réponses, aussi puériles que caractéristiques : « *Parce qu'il ne va pas souvent à l'école* » ; « *il devrait l'étudier, mais il ne l'étudie pas* » ; « *il est paresseux* », est une réponse singulièrement fréquente, surtout chez les psychomoteurs.

Dans ces dernières réponses, on remarque en plus une tendance à expliquer plutôt pourquoi la phrase n'est pas absurde. Une réponse qui s'approche déjà de la solution juste, mais qui vise plutôt le principe de causalité, est celle-ci : « *Il doit apprendre la charité et non pas l'arithmétique.* » Les deux termes du raisonnement sont relevés, la contradiction reste cependant plutôt implicite qu'explicite, étant donné que le rapport d'exclusion entre les deux termes n'est pas formulé. Encore, ces répliques sont-elles très rares. La majorité des réponses fait apparaître ce fait frappant que le grand instable, surtout le psychomoteur, ne relève qu'une partie du raisonnement, une qualité ou un défaut, le plus souvent physique, plus rarement intellectuel ou moral (encore de cette morale restreinte que les parents ont l'habitude d'inculquer aux écoliers irréguliers). Dans le raisonnement en question, il relève la nécessité d'étudier l'arithmétique et la paresse qui l'empêche de le faire, selon l'avis de son entourage. Il ne tient pas compte du raisonnement opposé — la qualité morale d'être charitable, cette qualité étant trop abstraite, trop éloignée du jugement concret et intuitif, et il tire de son jugement incomplet les conséquences que son expérience personnelle lui permet de déduire. Il opère ainsi le plus souvent avec un seul terme, les opérations intellectuelles à termes multiples lui étant quasi-inaccessibles. C'est cette insuffisance du raisonnement comprenant plusieurs termes qui semble expliquer la répartition singulière de ce garçon intelligent de 16 ans 1/2, instable psychomoteur qui, à la question absurde de 12 ans (comme il faisait une nuit très noire, cet aveugle a perdu son chemin) réplique : « *Comme la nuit était noire, il ne pouvait pas savoir s'il faisait jour ou nuit.* » Là, les deux données du raisonnement sont plutôt concrètes, mais la notion de « perdre son chemin » semble déjà sortir du champ visuel de l'instable et il perd le fil de son raisonnement.

A la question absurde (je regrette d'être aveugle, Monsieur le peintre, pour ne pas pouvoir vous féliciter de votre tableau exquis), si facile à dépister que les enfants normaux de 10 ans le font facilement, à cette absurdité, les instables donnent les répliques infantiles suivantes : « *Elle peut le féliciter; elle a la*

parole », ou « *il suffit qu'il puisse parler pour féliciter* » (réponses de deux instables psychomoteurs de 15 ans 1/2 et de 13 ans qui sont loin d'être débiles). Ces réponses semblent entrer dans la même catégorie des raisonnements à court circuit, Piaget dirait synthétiques, si représentatifs de la pensée réfléchie des instables d'âge scolaire ou post-scolaire, ainsi que des tout jeunes enfants. Certaines réponses à la question absurde facilement dépiquée par les enfants normaux de 11 ans (un monsieur écrit une lettre à son ami et, à la fin de sa lettre, il ajoute : « Si cette lettre ne te parvient pas, avertis-moi de suite pour que je me plaigne à la poste »), sont tout à fait significatives pour l'attitude réfléchie de ces enfants. « *Il aurait dû faire attention en mettant la lettre à la poste* », dit un garçon instable psychomoteur de 15 ans 1/2. « *C'est la faute de celui qui écrit la lettre* », réplique un autre instable du même type, âgé de 13 ans.

Nous ne pouvons pas ne pas être frappée, encore une fois, par la fréquence des jugements moraux à la place des jugements logiques qu'on sollicite. Car, l'insuffisance du jugement logique n'implique pas nécessairement qu'il soit remplacé par un jugement moral. En entendant les enfants instables nous réciter si souvent des leçons de morale, on ne peut pas s'empêcher de croire qu'ils prennent parfois leur revanche sur les adultes, en se servant de la même arme que ceux qui leur font continuellement des remontrances (1).

Leur raisonnement s'élève parfois à un niveau supérieur. Même, dans ce cas-là, il n'a pas souvent la rigueur d'un raisonnement tel qu'on le rencontre à l'âge de 12, 13, 14, ou 15, 16, 17 ans, chez les enfants et adolescents normalement disciplinés. Ainsi, dans cette réplique : « *c'est pas parce qu'il fait nuit qu'il a perdu son chemin, mais parce qu'il est aveugle* », cet instable psychomoteur de 14 ans, tout en saisissant la raison pour laquelle l'aveugle a perdu son chemin, n'a pas relevé la contradiction que le raisonnement implique. Les réponses ambiguës à la question absurde de 13 ans : ce boulanger vend ses petits pains très bon marché, il m'a dit qu'il perdait sur chaque petit pain, mais il se rattrape sur la quantité, sont plus difficiles à interpréter. Ici, il s'agit d'un simple calcul à faire. Or, le calcul et l'arithmétique sont la pierre d'achoppement des instables. C'est que, pour calculer, il faut tout d'abord se concentrer sur les différentes parties du problème à résoudre, faire un acte

(1) Ces procédés rappellent ceux des tout jeunes enfants que les belles observations de Suzanne Izaacs ont mis en valeur (voir *Journ. de Psychologie normale et pathologique*, 1931, n° de mai-juin).

d'attention distribuée ; il faut ensuite abstraire et généraliser, deux aptitudes très déficientes chez l'instable, nous avons pu déjà nous en apercevoir, nous aurons encore l'occasion de nous en rendre compte. En ce qui concerne les réponses en question, un fait se surajoute à ces déficiences foncières, qui est dû plutôt aux circonstances extérieures. L'enfant a souvent l'occasion d'entendre autour de lui ce lieu commun commercial : « il perd sur chaque, mais il se rattrape sur la quantité. » Or, tout instable a une tendance marquée à enregistrer les lieux communs et à les utiliser à un moment propice. Cette tendance est beaucoup plus fréquente chez l'instable, si enclin à s'appropriier le tout fait, que chez l'enfant à discipline mentale normale. Une autre réponse à la même question révèle la même tendance. « *Il vole ses clients* », dit, dans le même esprit, un garçon instable psychomoteur de 14 ans 1/2. C'est cette attitude, à ce qui semble, qui fait souvent dire à l'entourage qu'il a l'esprit éveillé. Quant à la phrase absurde en question, les réponses que celle-ci n'est pas absurde sont fréquentes, même chez des enfants qui ont un niveau intellectuel global de 14 ans, 15 ans (dans 34 0/0 des cas). Dans certains cas, le fait lui-même qu'il y a à trouver une absurdité dans le raisonnement est saisi et le sujet répond que le boulanger ne peut pas se rattraper, mais il ne sait pas en expliquer la raison, ceci malgré toutes les stimulations tendant à l'obliger à faire un raisonnement mathématique. Les réponses correctes, disant que plus il en vend, plus il perd, sont relativement rares (dans 33 0/0 des cas).

Les absurdités plus difficiles à dépister et étalonnées pour 14 ans et au-dessus, sont résolues beaucoup plus rarement. Il faut cependant exclure la première (Alfred dit qu'il n'ira pas dans l'eau avant de savoir nager), pour laquelle le taux des réponses justes est de 54 0/0, c'est-à-dire ce taux est supérieur à celui concernant certaines questions étalonnées pour 10 ans, 11 ans ou 12 ans. C'est parce qu'il n'y a pas là deux termes différents à opposer. A cette autre question (il est regrettable que le soleil soit caché la nuit, car c'est justement à ce moment qu'il serait le plus utile d'être éclairé), l'instable donne rarement une réponse satisfaisante (dans 9 0/0 des cas seulement d'enfants qui ont atteint un niveau mental global de 14 ans et au-dessus). Les échecs dans la phrase absurde suivante (Jean vient de se marier, il a épousé la sœur de sa veuve), montrent avec éclat l'insuffisance du raisonnement des instables quand il s'agit des rapports et du relatif. Souvent, ils se taisent (dans 40 0/0 des cas). S'il y a des réponses, la plus fréquente est celle-

ci : « *Il vient de se remarier* » (36 0/0 des cas, surtout chez les psychomoteurs) ; en deuxième lieu, vient celle-ci : « *il vient de se marier avec sa belle-sœur* ». Les réponses correctes ne sont données que dans 15 0/0 des cas. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez les paranoïaques que chez les psychomoteurs purs et on ne les rencontre presque pas dans les autres types d'instabilité.

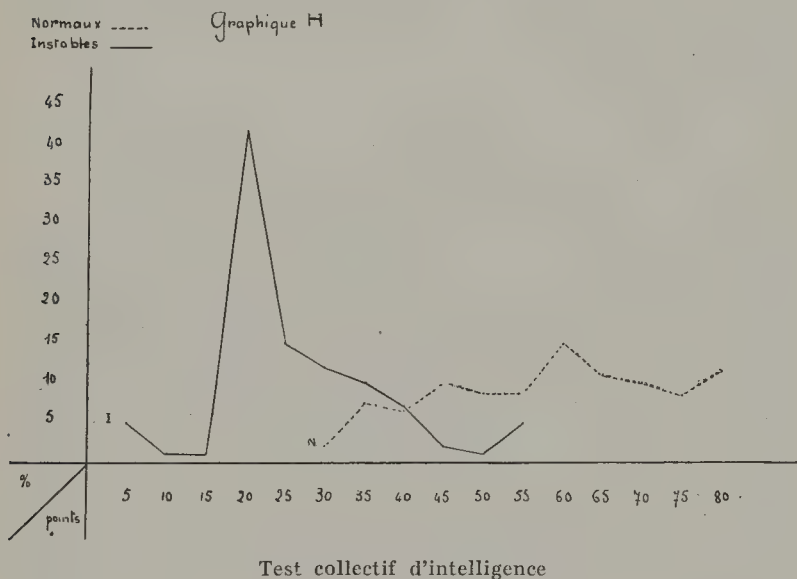
Cependant, c'est encore aux problèmes des phrases absurdes que l'instable porte le plus grand intérêt. Les raisons d'une négligence par manque d'intérêt peuvent être invoquées d'autant moins que, dans les mêmes conditions, ils répondent d'une façon satisfaisante aux questions de compréhension concrète, de mémoire et d'imagination, c'est-à-dire aux questions qui les amusent beaucoup moins.

B. Le rendement intellectuel des instables non stimulés par l'examinateur

Nous allons voir maintenant quel est le rendement des instables dans les problèmes de raisonnement quand les conditions extérieures sont différentes. Pour éprouver leur aptitude à raisonner quand ils sont laissés à eux-mêmes, c'est-à-dire quand ils ne sont plus stimulés par la personne qui les interroge, nous avons appliqué le test d'intelligence logique du Laboratoire de Psychologie de la Sorbonne rédigé par Piéron d'après des modèles américains et étalonnés dans les écoles de Paris. Nous l'avons appliqué à un groupe d'instables psychomoteurs, paranoïaques et pervers de composition analogue, au point de vue intelligence globale, à un groupe d'élèves des écoles communales de la ville de Paris sur lequel nous l'avons éprouvé. Nous avons laissé se débrouiller seuls ces adolescents, comme nous avons fait avec les garçons normaux examinés par nous. Voici la courbe des normaux et voici celle concernant nos instables (Graphique H).

Nous voyons que, quantitativement, les différences sont énormes car presque la moitié des instables n'a obtenu que 5 à 20 points (sur un total de 85 points). C'est surtout en relevant les types de réponse que nous pourrions juger de la faiblesse de son raisonnement réfléchi — généralisation, opposition, contradiction, déduction — dans les cas où l'instable n'est pas stimulé tout le temps pour donner le maximum de ce qu'il est capable de fournir, mais se trouve livré à lui-même.

INTELLIGENCE VERBALE. — Déjà, dans la simple intelligence du langage, où tous les éléments sont là, quoique dispersés, comme dans l'épreuve de la phrase en désordre, nous relevons la grande insuffisance de son attention dans une tâche collective. Cette insuffisance s'exprime, chez les instables intelligents, par un assemblage de mots purement formel et sonore, inattentif au sens de la phrase. « *Le repos du paysan entraîne souvent la fin du jour* », est, en effet, une solution assez fréquente (dans 15 0/0 des cas). Chez les enfants normaux, nous avons rencontré cette réponse, et encore rarement, à l'âge de 9 à 10 ans.



Ou bien celle-ci, qui pourrait être considérée comme une expression d'humour, s'il ne s'agissait pas d'instables : « *La richesse suffit toujours pour ne pas engendrer le bonheur.* » Nous avons relevé cette dernière réponse parmi les garçons non débiles de 17 à 18 ans dans 4 0/0 des cas. D'une manière générale, les phrases en désordre ne sont résolues d'une façon satisfaisante que dans 19 0/0 des cas. Il est intéressant de signaler que, quand il s'agit, non pas de phrases, mais de mots à reconstituer à l'aide de lettres données, les trouvailles sont tout aussi curieuses, mais le nombre d'échecs est moindre (26 0/0 des cas). Le nombre d'éléments est ici plus petit et la tâche plus courte ; l'effort

d'attention à fournir étant moindre, l'instable, comme le tout jeune enfant, s'en tire plus facilement.

OPPOSITIONS. — Ce sont cependant encore les tests verbaux qui sont le plus fréquemment réussis. Dans la recherche des contraires, ils ont des trouvailles très amusantes qui rappellent également celles des tout petits enfants qui aiment à jongler avec des mots. Ainsi, des grands instables psychomoteurs de 16 ans, de 17 ans, opposent à content « incontent », à insolent « solent ». Ils opposent à opulent « petit », à dangereux « aimable », etc... C'est pourtant dans le test des oppositions que le nombre des réussites est le plus considérable (dans 72 0/0 des cas). Les autres tests verbaux suivent ce dernier.

ANALOGIES. — Le test d'analogies, dans lequel il faut trouver un quatrième terme, nous donne des réponses tout aussi amusantes et significatives. Ainsi, à la demande de compléter par analogie : « A la guerre s'oppose la paix et à la tempête s'oppose... », ils répondent de cette façon puérile : « *s'oppose la pluie* », « *le vent* » (dans 6 0/0 des cas), « *le danger* » (dans 5 0/0) ; « *les navires* », « *les pêcheurs* » (dans 6 0/0). Les réponses à « lumière et obscurité, silence et... », sont parfois les suivantes : « *désobéissance* » ou « *balance* ». Nous voyons qu'au lieu de faire un acte de réflexion, ils procèdent par association ou par assonance verbale. Toutefois, nous relevons 59 0/0 de réponses correctes dans le premier cas, et 74 0/0 dans le deuxième. Quand il s'agit d'opposer des sentiments, comme « joie et douleur, crainte et... », le taux des réponses justes se réduit à 24 0/0.

RAPPORTS. — Dans le raisonnement portant sur des rapports et où il faut trouver deux termes analogues, ces caractères et ces insuffisances sont encore plus manifestes. Ainsi, dans le test où il faut trouver un rapport analogue à juge et justice, nous relevons l'« analogie » suivante chez un garçon de 16 ans, instable psychomoteur pur qui a obtenu son Certificat d'études primaires : « *jus-vin* ». Nous voyons, ici aussi, une association par assonance. Le rapport d'analogie : danse et dancing, « correspondant » à : juge et justice, est plutôt révélateur des intérêts et des préoccupations de ces enfants que de leur raisonnement à proprement parler. Nous n'y relevons en tout que 8 0/0 de réponses justes.

INTELLIGENCE LOGIQUE. — Dans le raisonnement contradictoire, le dépistage des absurdités, on retrouve les mêmes caractères, mais encore plus accentués. Voici quelques échantillons des réponses. A la phrase absurde : on a constaté qu'en cas d'accident, la dernière voiture est la plus endommagée, c'est pourquoi il est préférable de la supprimer, nous relevons ces réponses inadaptées : « *Les voitures de tête sont plus endommagées* » ou : « *c'est le devant qui reçoit tout* » ou « *...qui reçoit le choc* », deux réponses d'instables psychomoteurs de 17 ans (N.M., 13 ans 1/2) et de 13 ans ; ou « *c'est la dernière voiture qui brûle les autres aussi* » (réponse d'un instable paranoïaque ayant un niveau mental de 13-14 ans). A celle-ci : les juges ont résolu de construire une nouvelle prison avec les matériaux de l'ancienne, mais ils veulent garder les prisonniers dans l'ancienne prison jusqu'à ce que la nouvelle soit terminée, voici quelques réponses fréquentes : « *Si on enlève les prisonniers, où c'est qu'on les mettrait ?* », dit par exemple un grand instable psychomoteur non débile de 16 ans. « *Les prisonniers peuvent s'en aller* », est aussi une réponse assez fréquente (dans 15 0/0 des cas). Le plus souvent, ils se taisent, ou disent que cela n'est pas possible, sans pouvoir expliquer pourquoi (dans 34 0/0 des cas). D'autres fois, on trouve cela incommode, mais non impossible (dans 4 0/0 des cas). Nous ne trouvons ici des réponses correctes que dans 32 0/0 des cas seulement.

Les deux dernières épreuves sont dans le nombre de celles qui, parmi les tests collectifs de raisonnement, sont le plus facilement résolues par les instables. Si nous passons aux épreuves encore moins verbales, leur insuffisance se manifeste davantage.

CLASSEMENTS. — Le simple classement est déjà d'une difficulté quasi-insurmontable. Le test des séries d'objets ou des qualités, parmi lesquels il faut barrer ce qui ne fait pas partie des objets ou des qualités de la même classe, révèle cette insuffisance foncière. Ce test, qui est facile pour les enfants de 11 ans dont la discipline mentale est normale, donne, chez les instables plus âgés et d'un niveau global supérieur à cet âge un nombre d'échecs vraiment impressionnant (dans 93 0/0 des réponses). Les instables barrent à tort et à travers, et le nombre des réponses correctes se réduit ici au minimum. (Nous verrons se manifester la même insuffisance dans l'épreuve de barrage quasi-automatique de signes, test de Toulouse et Piéron).

SYLLOGISMES. — Si nous passons à la déduction au sens rigoureux du mot, à la déduction du syllogisme, nous devons distinguer

deux catégories de réponses. Dans une première, le sujet est invité à souligner si le syllogisme en question est exact ou inexact. Il ne voit que deux solutions possibles et, avec son intuition à deviner, il marque encore assez souvent avec justesse (dans 23 0/0 des cas). Si on lui demande après d'expliquer le pourquoi, il en est souvent incapable. En ce qui concerne les syllogismes où il n'y a pas que deux solutions, mais trois ou davantage, les réponses exactes se font plus rares, d'autant plus rares qu'il y a un calcul plus important à faire. Par exemple, les syllogismes dans le genre de celui-ci : A est égal à B plus 15. C est égal à B moins 8, par conséquent, C est égal à..., donnent un pourcentage faible de réponses correctes (10 0/0). Cependant, ce taux s'élève dans les syllogismes par exclusion. Ainsi, par exemple, les raisonnements comme celui-ci : mon frère m'écrit : « Je rentre du Bois de Chaville où j'ai eu hier le malheur de me casser un membre. » Pouvez-vous deviner, d'après ceci, celui qu'il s'est probablement brisé : bras droit, bras gauche, jambe droite, jambe gauche? — donnent un pourcentage relativement élevé de réponses correctes (23 0/0). A condition toutefois qu'il n'y ait pas de chiffres à manier, aussi simples soient-ils. Ainsi, dans le raisonnement suivant : Il ne reste plus que trois couteaux dans le magasin. Si je prends un couteau à deux lames, il peut coûter 10 ou 15 francs. Si le couteau a un tire-bouchon, il coûte 10 ou 12 francs. Or, celui que je choisis a deux lames et un tire-bouchon, combien coûte-t-il ? Là, le taux des réponses correctes se réduit à 2 0/0. Suivant son habitude, l'instable associe et additionne au lieu d'abstraire et d'exclure, et le chiffre obtenu est presque toujours élevé (22 francs ou 27 francs) (1).

INTELLIGENCE DES SÉRIES NUMÉRALES. — L'intelligence des séries numériques est également très déficiente et nous ne relevons qu'un taux de réponses correctes réduit à 3 0/0 dans les épreuves des séries numériques à compléter.

Nous constatons ainsi chez les instables, non seulement une aptitude d'expression verbale imprécise et floue, mais une pensée logique bien plus imprécise et floue. Nous constatons, en deuxième lieu, que cette inaptitude est encore beaucoup plus prononcée si l'instable n'est pas stimulé sans arrêt par un interlocuteur.

(1) La réponse si bizarre à la question absurde de Binet-Simon : J'ai trois sœurs : Madeleine, Paulette et moi — à laquelle les instables psychomoteurs répondent assez fréquemment : « Vous en avez quatre » — peut s'expliquer par la même tendance à additionner, cette opération étant plus facile pour un esprit distrait que celle de soustraire.

Nous allons vérifier le fait de l'insuffisance de leur réflexion dans un autre ordre de raisonnement déductif : l'interprétation des fables.

C. Raisonnement moral

DÉDUCTION DE LA MORALE D'UNE FABLE. — Nous avons remarqué la fréquence des jugements moraux quand on sollicitait des jugements logiques. Nous allons voir à présent quelle est l'attitude des instables en face du problème qui consiste à déduire la morale d'une fable. L'épreuve des fables à interpréter est une des meilleures dans la batterie de Terman pour l'examen de l'aptitude de l'enfant à généraliser. Mais, pour l'instable, elle est aussi une des plus difficiles. Il existe tout d'abord une difficulté d'ordre formel : la longueur de la fable. C'est une tâche à plusieurs termes et l'instable n'aime pas qu'on exige un rendement intense à sa faible aptitude à faire un effort, surtout à persévérer dans cet effort, car ce rendement, qu'on lui impose, semble être au-dessus de ses moyens de résistance aux distractions. Aussi, le pourcentage des non-réussites est-il considérable car 88 0/0 d'instables non débiles, c'est-à-dire ayant résolu des tests de 12 ans, de 14 ans et de 16 ans, ont échoué à l'épreuve des fables à interpréter.

Mais les résultats numériques sont moins intéressants pour la compréhension de la mentalité instable que l'interprétation au point de vue qualitatif. Les cinq fables sont d'une difficulté très inégale. Il y a tout d'abord les deux fables de La Fontaine, si familières aux enfants français : la fable de *Perrette au pot au lait* et la fable du *Corbeau et du Renard*. A notre grande surprise et en dépit de sa familiarité avec ces deux fables, l'enfant instable ne sait interpréter les morales qu'elles enseignent que s'il les sait par cœur, morale incluse. Ainsi, même dans ces cas-là, il se rappelle plutôt qu'il ne fait acte de déduction. Les deux fables en question sont cependant beaucoup plus faciles à interpréter que les trois autres (2 à 3 fois plus de réussites que pour les autres fables). En ce qui concerne ces dernières, le silence est une réaction fréquente. Souvent, l'instable donne le résumé de la fable, sans l'interpréter. Les interprétations, s'il y en a, sont cependant tellement caractéristiques pour la compréhension de la mentalité instable qu'il est intéressant d'en citer quelques échantillons, après les avoir classés selon la difficulté et le degré de validité du raisonnement déductif.

Un caractère tout à fait général se dégage des interprétations d'instables, c'est qu'elles sont morales. Ce fait semble s'expliquer,

comme les autres caractères saillants que présentent nombre de réactions d'instables. Etant incapable de faire un acte d'attention distribuée portant sur plusieurs éléments, même simples, l'instable ne saisit, dans la fable qui lui est lue souvent deux fois (nous la lisons pour ceux dont l'instruction est insuffisante), que ce qui est accentué par l'examineur. On lui demande de formuler la leçon ou la morale que la fable contient et ceci au moins deux fois, parfois quatre. L'instable, qu'il soit psychomoteur, paranoïaque ou pervers, cherche à deviner la morale la plus facile et la plus courante et il la trouve dans les leçons qu'il apprend dans son entourage. Il donne ainsi le plus souvent des réponses toutes faites et automatisées. « *Il faut nous aider les uns les autres* » est une réponse fréquente à des fables différentes : *Hercule et le Charretier*, *Le Meunier, son Fils et l'Ane*. « *Il faut prendre pitié des animaux* » nous est fréquemment répondu à cette dernière fable. « *Il ne faut pas abuser des autres* », décrètent les instables, après la lecture de la fable en question. Ces réponses sont relativement les plus fréquentes chez les instables épileptoïdes. « *Du moment qu'elle n'avait pas volé, elle ne devrait pas être punie* », ainsi est formulée le plus souvent la morale de la fable du *Fermier et de la Cigogne*. « *Le fermier avait tort de la punir* » est une réponse fréquente à cette fable. Nous savons déjà combien sont fréquentes les réactions de ce genre, même là où le mot « morale » n'est pas prononcé.

Une deuxième catégorie de réponses tient plus proprement à la paresse de leur pensée, paresse qui se traduit par la tendance à persévérer dans la même idée. « *Il ne faut jamais écouter les flatteurs* », cette réponse est parfois donnée à plusieurs fables (*Le Corbeau et le Renard* ; *Le Meunier, son Fils et l'Ane*). Cette réplique est rare chez les épileptoïdes ou chez les pervers, mais elle est fréquente chez les instables psychomoteurs, même s'ils sont très intelligents et s'ils donnent, par ailleurs, de très bonnes réponses. Ici, l'instable suit la ligne du moindre effort et, en se laissant aller à cette tendance foncière, il confond conseils et flatteries. Cependant, la réplique la plus fréquente à la dernière fable est cette répartie significative par sa superficialité : « *S'ils n'avaient pas porté l'âne, il ne serait pas tombé dans l'eau*. » La réponse suivante : « *Il ne fallait pas attacher les pattes de l'âne* » est du même genre, ainsi que cette autre : « *Il faut avoir du respect pour les plus âgés que soi* ». Toutes ces réponses révèlent la même insuffisance qui consiste à saisir un détail, souvent le dernier, et à ne plus voir l'ensemble. La superficialité, la pauvreté et la caducité du raisonnement du grand insta-

ble psychomoteur qui ne relève que le dernier chaînon, lorsque plusieurs chaînons entrent en jeu, ressortent ici avec éclat.

Cependant, les instables se trouvent, de temps en temps, sur la piste d'une bonne solution dans les fables les moins connues et les plus difficiles à interpréter (*Hercule et le Charretier*, surtout *Le Fermier et la Cigogne*). Même dans ces cas-là, les caractères distinctifs des réactions d'instables ne manquent pas d'apparaître. Ainsi, à la fable qui donne le plus de mal aux enfants de 12 ans dont la discipline intellectuelle est normale (la fable du *Fermier et de la Cigogne*), un instable psychomoteur de 10 ans 11 mois (A. M. global 10,3) répond : « *Les voleurs sont toujours punis.* » Mais il ne faut pas oublier que c'est un lieu commun que l'enfant entend souvent proclamer par son entourage, et nous savons que l'instable, comme le tout jeune enfant, relève facilement les lieux communs pour les faire valoir à un moment propice. D'ailleurs, toutes les réponses de l'instable en question sont dispersées et irrégulières, comme chez les autres instables. « *Il ne fallait pas que la cigogne aille avec les voleurs* », cette réponse d'un autre instable psychomoteur est déjà plus proche de la solution juste. « *Celui qui est pris paie pour les autres* », et surtout : « *Il ne fallait pas aller dans les endroits défendus* » sont des réponses rencontrées rarement chez les instables psychomoteurs et un peu plus fréquemment chez les paranoïaques. Ces dernières réponses s'approchent de plus en plus du raisonnement déductif adéquat à la question envisagée dans sa complexité. Nous nous éloignons de plus en plus du singulier et du particulier pour nous approcher du général et de l'abstrait. D'autre part, nous passons insensiblement de la routine, du tout fait, au réfléchi dans le sens propre du mot. Cette étape, qui part de l'isolé, du subjectif et de l'intentionnel, de la perception et de la mémoire associative, étape qui va vers la pensée objective, le jugement complexe et le raisonnement déductif, ne fait pas toujours défaut chez l'enfant instable, mais elle n'est que rarement atteinte par son esprit éparpillé.

Nous pouvons donc dire, en résumé, que l'intelligence globale de l'instable d'âge scolaire et post-scolaire opère le plus souvent en court-circuit, c'est-à-dire elle opère comme une pensée plutôt intuitive et confuse, se rapprochant de celle de l'enfant d'âge préscolaire que Piaget appelle syncrétique. Elle se distingue souvent de celle de l'enfant normalement discipliné par une scolarité régulière de plusieurs années. Si on la compare avec cette dernière, l'intelligence des instables nous révèle les caractères dominants suivants : réduction du nombre ou appauvrissement de

la qualité des chaînons ; rapprochement d'éléments plus ou moins éloignés, plus ou moins étrangers les uns aux autres et plus ou moins confus, c'est-à-dire ayant peu ou point de caractères communs ; déduction hâtive et superficielle. Au lieu de s'arrêter sur chacun des chaînons du raisonnement pour les confronter, pour les opposer, et pour les vérifier, ainsi qu'un enfant progressant normalement apprend à le faire au bout de plusieurs années de scolarité, l'instable fait plutôt des rapprochements précipités en se guidant par des parentés purement verbales ou confuses. Il met ainsi à profit son habileté verbale relative et les leçons toutes faites que l'entourage lui prodigue sans réussir à les lui faire assimiler, à proprement parler, par une analyse ou une abstraction appropriée.

Si la logique n'est qu'un langage rigoureusement appliqué, la logique des instables est confuse et indifférenciée, comme leur langage.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 10 Juin 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

PRÉSENTATIONS

Quelques précisions chronologiques sur le début d'un délire hallucinatoire chez un paralytique général impaludé, par MM. J. VIÉ et M. CARON.

L'apparition d'un délire hallucinatoire chez un paralytique général impaludé est aujourd'hui un fait banal, et nous ne vous entretenons du cas de ce malade, dont nous présentons une série de lettres, qu'en raison des précisions chronologiques permettant de fixer à peu près exactement le début de ce délire, ainsi que d'en suivre pas à pas la marche rétrospective :

Camille R., né en 1888, célibataire, patron boucher, avait depuis quelques années dilapidé son patrimoine ; devenu manoeuvre dans une fabrique de chaudières, puis sans travail, il s'était rendu coupable, au milieu de 1932, d'un vol, « des bouquins et une boîte de cassoulet », et condamné à deux mois de prison. Le 20 juillet 1932, il passe de Fresnes à l'Infirmerie du Dépôt, puis à Ste-Anne dans un état d'agitation avec propos mégalomaniques.

20 juillet 1932 (D^r Logre) : « Débilité mentale, affaiblissement probable, idées absurdes de grandeur, il a tué des milliards de boches pendant la guerre, ils lui offrirent 40 millions de marks pour se

rendre, il refusa. Fabulations fantastiques. Agitation, laceration de vêtements, dénudation, gâtisme. Légère dysarthrie, myosis, pupilles semblant réagir à la lumière. »

21 juillet 1932 (D^r Simon) : « Paralyse générale avec idées incohérentes de satisfaction, turbulence, insomnie, accrocs de la parole, inégalité pupillaire et réflexes rotuliens exagérés. Condamné pour vol en avril dernier. »

A Villejuif, M. P. Abély, M. Guiraud notent l'agitation motrice continue, l'inconscience de son état, les mêmes signes neurologiques. Les pupilles réagissent à la lumière. Par contre, toutes les réactions humérales sont positives (8 août 1932), et M. Guiraud pratique l'impaludation.

L'agitation cesse et fait place à une rémission presque complète. Camille est transféré à la Colonie d'Ainay-le-Château, le 27 avril 1933.

A ce moment, il témoigne d'un affaiblissement net du jugement et de l'autocritique, d'une dysmnésie et d'une dysarthrie peu marquées ; il émet de vagues idées de revendication relatives à son rôle pendant la guerre, où il a fait, dit-il « plus que son devoir », sans ajouter aucun détail absurde. Il ne présente aucun élément délirant mégalomane, aucune hallucination. Au point de vue physique, la face est assez hypotonique, avec de la trémulation des lèvres, de la langue. Les réflexes tendineux sont très vifs, les pupilles réagissent paresseusement à la lumière. Les bruits aortiques sont claqués, la tension artérielle très élevée : 26-12 ind. 7 (au Pachon).

Nous diviserons en trois périodes le séjour de Camille à la Colonie d'Ainay.

I. D'avril 1933 à juillet 1934, Camille est assez *calme, euphorique* et développe un *délire d'invention*, non hallucinatoire, caractéristique de paralyse générale.

Placé le 6 mai 1933 chez M. G. Ernest, il se promène, demande à travailler de son premier métier, chez un boucher.

S'étant montré un peu brusque, il est placé le 25 juillet chez M. Cl., qu'il aide à de menus travaux des champs. Mais au début de septembre, il se met à écrire à ses frères, à sa sœur avec laquelle il n'avait plus de relations depuis 15 ans, leur demande de le faire sortir pour qu'il prenne un brevet en vue de la construction de chaudières de son invention, « il se porte comme un charme, et gagnera largement sa vie en fabriquant des chaudières ».

Le 1^{er} décembre 1933, Camille passe sur sa demande chez M. B. fils. Il s'occupe constamment avec les nourriciers, scie du bois, prépare la nourriture des animaux. Il parle toujours de ses chaudières.

II. A partir de juillet 1934, cette bonne entente cesse. Camille a des discussions de plus en plus fréquentes avec M. B., puis en septembre

nous rapporte, soit de vive voix, soit par écrit, des propos absolument invraisemblables de la part de nourriciers consciencieux et dévoués, habitués à recevoir des sujets gravement atteints. La précision, le laconisme, la mise en vedette, la répétition de certaines formules en attestent le caractère *hallucinatoire*. En voici des exemples :

« Le 21 septembre M. B. disait à sa femme et à sa mère que j'étais une tête de cochon et que j'étais trop intelligent pour être interné — *c'est un bandit.* »

« Le 29 septembre, M. B. était un peu ivre, il a dit dans la cour — *il est là le bandit...* »

Le 30 septembre, M. B. disait : *c'est un vieux brigand...*

Le 5 octobre, à 9 h. 30 du soir, M. B. disait à sa femme : *un coup de fusil dans la peau. Je le tue.*

6 octobre au matin, M. B. a dit : *c'est une tête de cochon, c'est un bandit, j'y fous sur la gueule.*

6 octobre à midi, M. B. a dit : « *j'y fous sur la gueule...* »

En même temps, le comportement du malade change, il cesse de travailler, d'où certainement quelques remarques qui viennent renforcer le thème persécutif.

III. Un changement de milieu est tenté et le 8 octobre 1934, Camille est placé dans une famille Rob... Il s'y montre étrange, oisif, fait de longues promenades, évite les nourriciers.

Le 1^{er} novembre, il entre à l'Infirmierie en pleine *crise hallucinatoire*, il se croit poursuivi par les nourriciers qui lui parlent sans cesse, le font épouvantablement souffrir, le torturent sans arrêt. La panoplie s'atténue. On institue une série de bivatol. Les hallucinations auditives et cénesthésiques vont longtemps persister sans trêve. Voici la description qu'en donne Camille le 22 décembre 1934.

« Du 2 novembre 1934, montai à l'Infirmierie, jusqu'aujourd'hui, persécuteur, le moins trois sonneries, et la nuit, tous les sons de l'appareil sont en marche, et l'orgue de barrassime, mise en mouvement, jusqu'au matin.

« Compressions et suctions le 20 et 21 décembre, la tête en fusion, surtout les os frontaux et les os des tempes, la boîte crânienne en fusion aussi, par rayonnements, des points de feux sans arrêts.

« Compressions et suctions du cou, les épaules, les clavicules, le dos, les reins jusque à l'anus, les jambes jusqu'à la plante des pieds, par rayonnements successifs des points de feux, brûlures très accentuées pénétrant jusqu'aux os... »

Son dos est chargé de poids considérables. L'appareil persécuteur est actionné sans trêve par toute la famille Rob... dont il entend durant des heures les hurlements, les sonneries, les menaces (je le tue, je le tue...), des mots malpropres ou sinistres mis en musique. Il demande qu'on le « d'aimante », car son corps est complètement décharné...

Des thèmes sexuels vont se développer : Louis Rob., « l'homosexuel féminin », pour arrêter l'appareil, exige « que l'homme félin le couvre », la Panthère, qui est l'homme félin, qui est moi ». Les Rob. ne cessent de lui énumérer leurs actes homosexuels avec des Soudanais, des Bicots (janvier 1935).

Les troubles cénesthésiques — compressions, suctions, fusionnements raidissements, brûlures — s'étendent aux organes internes, « au gosier, aux intestins » ; Camille réclame sans cesse des lavements, veut qu'on y ajoute des cristaux de soude. Ses genoux, ses pieds se déforment. Les Rob. répètent tout ce qu'il lit, tout ce qu'il écrit. Sa souffrance, écrit-il, est atroce.

En mars 1935, il est alité, affaibli, et se calfeutre derrière les couvertures et les oreillers pour se protéger des actions persécutrices. Amélioré au point de vue physique, toujours aussi délirant, bien que les hallucinations semblent moins violentes, Camille est transféré le 4 novembre 1935 à l'asile de Chezal-Benoit.

Actuellement, le délire est toujours aussi intense. Très souvent le malade remet au médecin des écrits qui sont les « dictées » de ses persécuteurs. Les formules n'ont pas varié. Ces sortes d'inventaires des persécutions subies ou annoncées portent toujours le même caractère homosexuel et cénestopathique. Souvent ils se terminent d'une façon stéréotypée, par la mention : « dépôt de fiente dans les voies respiratoires et dans les conduits pulmonaires ». Par ailleurs le malade se tient presque toujours dans le même coin de la salle, se couvrant la bouche de la main et mâchonnant, vraisemblablement à cause des persécutions reçues par la bouche. Il reste bien orienté, capable de réponses pertinentes, mais l'examen montre rapidement les signes d'un affaiblissement intellectuel dont l'importance apparente est peut-être exagérée par la limitation qui résulte de l'emprise délirante.

Tandis que le délire hallucinatoire se développait, de très bonne heure, on a assisté à son irradiation en arrière, à son *extension rétrospective*. Dès le 4 décembre 1934, Camille fait remonter, sans préciser plus, la persécution à son second placement en août 1933, au temps où, en réalité, se déroulait le délire d'invention. Néanmoins, il n'insiste que sur le début des troubles cénesthésiques qui tranchent encore nettement, dans son souvenir, sur la phase d'hallucinations auditives qui l'avait précédée : « persécuté à fond, jusqu'à l'extrémité de la plus horrible douleur, que l'on peut ressentir par le persécuteur. »

En janvier 1935, il reporte l'apparition des hallucinations cénesthésiques à son premier placement :

« Mme G..., du 3 mai 1933, rayons, points de feu sur l'os frontal et l'os de la tempe droite, etc... »

Par contre, dans les écrits actuels, le début est ramené au 24 octobre 1934, c'est-à-dire à la grande poussée cénesthésique. L'hyperbolisme fantastique, l'énormité absurde, propres à la paralysie générale (comme d'ailleurs à la phase avancée des délires systématisés chroniques), n'apparaissent que plus tard, alors que l'intensité hallucinatoire diminue. En décembre 1934, seule est incriminée la famille Rob..., détentrice de « l'appareil persécutoire et de l'orgue barrassime ». En mars 1935, il apprend par ses hallucinations que son beau-frère, venu le visiter l'année précédente, avait dit au surveillant : « Il faut le faire crever, vous aurez 15.000 francs. » Le 10 septembre 1935, il remet une « dictée de Mme Rob... » dans laquelle celle-ci décrit des turpitudes sexuelles auxquelles elle se serait adonnée ; depuis 30 ans, elle est syphilitique, son amant est mort dans un asile où elle-même avait été internée avec son fils, etc...

Le 13 octobre 1935, Camille dénombre 14 appareils persécuteurs, chez tous ses anciens nourriciers et leurs voisins, 300 sifflets qui tintent sans arrêt ; lui-même n'a plus rien d'humain, il pèse 250 kg. quand il est couché et 270 quand il est assis.

Le délire se fixe depuis lors autour de « R... et compagnie » ; il devient tout à fait absurde et fantastique.

*
**

L'intérêt de ce cas, en dehors de l'apparition tardive des phénomènes hallucinatoires deux ans environ après l'impaludation, ce qui semble exclure une pathogénie malarique, réside en ce que l'on peut suivre de près la transformation complète de la formule morbide.

Nous avons tenu à en préciser les étapes : d'abord un *délire imaginaire d'invention* avec euphorie, tout à fait dans la note d'une paralysie générale expansive.

Dans une seconde phase, apparaissent des *idées de persécution* en rapport avec des *hallucinations auditives* aux formules brèves et fixées qui persisteront dans le complexe hallucinatoire ultérieur. Il s'agit désormais d'un processus bien différent de l'état précédent, absolument nouveau.

Puis surgit, de façon brutale, une *poussée hallucinatoire* intense et durable dans les domaines auditif et cœnesthésique, avec une activité thématique limitée.

L'*extension rétrospective* est *précoce*, elle commence déjà au bout d'un mois. La *généralisation thématique* aboutissant à un délire systématisé, extensif, absurde, *ne vient qu'ensuite*. Tandis

que la première coïncide avec l'intensité maxima des phénomènes hallucinatoires et régresse avec elle, la seconde semble parallèle à leur diminution.

Il serait intéressant de vérifier s'il en est ainsi au cours des poussées hallucinatoires initiales des délires chroniques, et de déterminer dans quelle mesure un tel délire consécutif à l'impaludation chez un paralytique général constitue un raccourci des délires chroniques « essentiels ».

Accès délirant hallucinatoire basé sur des hallucinations olfactives prédominantes, par MM. J. VIÈ et SOURIAU.

Le rôle attribué par les auteurs classiques aux hallucinations olfactives est très accessoire et mal délimité ; elles seraient, pour ainsi dire, toujours liées à des troubles de la sphère gustative, très difficiles, par ailleurs, à distinguer des illusions de l'odorat et du goût ; enfin, elles ne joueraient qu'un rôle bien secondaire dans la genèse des délires, se montrant associées à des hallucinations d'autre nature, surtout à des hallucinations auditives.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de vous présenter une malade atteinte d'un accès délirant qui repose presque exclusivement sur des hallucinations olfactives bien autonomes, nettement prédominantes, l'appoint auditif, chronologiquement postérieur, s'est limité à des hallucinations élémentaires.

Argia M. est une Italienne, née en 1881, et venue en France il y a 32 ans. Elle expose sa vie et le récit de ses mésaventures avec émotion, quelque tremblement, de la tachycardie et des larmes, en un langage un peu précipité, rendu pittoresque par de nombreux italianismes ; elle écrit d'ailleurs le français d'une façon suffisante.

Elle ne fournit que peu de précisions sur sa famille : mère morte à 41 ans (poitrinaire ?), père mort à 58 ans, après six mois de maladie, trois frères et une sœur décédés en bas âge et qu'elle ne connut pas. Il n'y aurait pas d'antécédents psychopathiques.

Par contre, elle-même fut toujours émotive et quelque peu *instable*. A 18 ans, apprenant brusquement la mort d'un jeune homme que son père lui défendait de fréquenter, elle se sentit pendant plusieurs mois très exaltée, ne dormant pas. A 23 ans, elle fut soignée pour anémie.

Placée bonne à tout faire, elle vint en France en 1904 ; de 1916 à 1919 elle devient mécanicienne dans une usine de munitions ; de 1919 à 1933, elle reprend son métier de domestique et fait de nombreuses places, sans qu'on la renvoie : j'aimais le changement, dit-elle. De 1907 à 1914, elle vit avec un homme qui meurt tuberculeux ; un second

ami, très brutal, la menace de mort, d'où « un accès de dépression nerveuse » avec courte hospitalisation en 1925. Jamais elle n'eût d'enfant ni de fausse couche.

La ménopause survient à 50 ans, en 1931, sans incident immédiat. Néanmoins en 1932, Argia semble avoir présenté un *petit accès délirant de persécution*. Elle ne trouve plus à se placer et pense que le concierge, — un nouveau concierge, — donne sur elle de mauvais renseignements : un jour, rentrant à la maison, elle trouve la concierge en conversation animée avec une personne chez qui elle pensait entrer comme bonne et qui s'éloigne disant : oh, alors non, oh, alors non !

Argia se décide à abandonner sa profession et devient marchande foraine sur les marchés de banlieue « de façon à ce que les concierges n'aient plus à donner de renseignements sur son travail ». Tout parut se calmer pour un temps.

Mais au début de 1935, 20 mois environ avant l'internement, étant dans sa chambre, notre malade perçut un beau jour, d'une façon tout à fait inopinée, une *forte odeur de soufre* ; de la fumée sortait d'une fenêtre de l'étage inférieur. Vivement incommodée, Argia descendit s'enquérir, on lui répondit que l'on venait de souffrir une chambre pour détruire des punaises.

Puis ce furent quelques odeurs désagréables au cours de la journée. Le phénomène devint de plus en plus fréquent et bientôt, se produisit aussi la nuit, retardant le sommeil, sans jamais toutefois éveiller la malade une fois endormie.

Ces odeurs toujours désagréables, « délétères », revêtent plusieurs modalités : *odeur de soufre*, la première en date ; le matin au lever, *odeur de cheminée*, odeur de suie, odeur de poêle qui ne tire pas, odeur de *gaz carbonique*, odeur de café ; *odeur d'alcool à brûler*, l'une des plus persistantes, durant parfois jour et nuit, odeur horrible comparable à celle que laissent, derrière eux, les gros camions, « on aurait dit que mon nez était dedans » ; *odeur de graisse cuite*, odeur de métro qui entre en gare, odeur de cambouis surchauffé.

Toutes ces odeurs, perçues avec le maximum d'intensité dans la chambre même, devenaient beaucoup moins fortes lorsque la malade descendait aux étages inférieurs ou dans la cour de l'immeuble.

Au début, les odeurs étaient perçues, paraît-il, absolument isolées, sans aucun concomitant auditif. Au bout d'une dizaine de mois, elles sont précédées d'un *sifflement* prolongé paraissant provenir de l'extérieur, portant à son comble l'exaspération d'Argia qui, par moments, criait de façon à ce que tout le monde l'entende. Puis les sifflements se firent plus fréquents, mais moins

durables et moins intenses. Parfois, la malade crut voir un fluide, fumée, vapeur, se dégager de tuyaux d'où provenaient les sifflements.

Jamais les hallucinations auditives n'ont revêtu de forme verbale. Jamais il n'y a eu aucun phénomène gustatif, aucun trouble cœnesthésique (sauf peut-être une sensation de pression que la malade ne confirme plus), tactile, kinesthésique, etc..., ni d'automatisme mental, de trouble de la pensée. Jamais Argia ne conçut d'idées délirantes d'empoisonnement ; les hallucinations olfactives ne furent jamais accompagnées de nausées, d'aucune altération de l'appétit ni de la digestion.

Extrêmement surprise par ces phénomènes insolites, la malade n'invoqua guère que des causes vraisemblables. Elle se plaignit au gérant qui fit vérifier les cheminées et poser des tuyaux plus élevés : aucune amélioration ne survint. Elle se demanda si ces émanations ne provenaient pas de calorifères, elle chercha des orifices, des fissures, des crevasses dans le plafond, dans le parquet, et les obstrua. Une nuit, vers 11 h., elle boucha la cheminée. Des ouvriers avaient posé des tuyaux destinés à contenir des fils électriques : elle crut y voir surgir des vapeurs. Ces derniers jours, elle se demandait si le tuyau d'échappement qu'avait fait établir la concierge ne débouchait pas chez elle. Elle n'a jamais rien compris, dit-elle, à ce qui se passait.

Les voisins, la concierge « ne voulaient rien sentir », « tout comme un sourd qui ne veut rien entendre » : ils étaient ligués contre elle. Peut-être voulait-on se débarrasser d'elle, femme modeste qui occupait depuis 30 ans une chambre dans cette maison comportant surtout de riches locataires. Jamais en tout cas on n'essaya de lui nuire d'autre façon, jamais on ne l'injuria, jamais on ne chercha à pénétrer dans sa chambre.

Elle sortit de plus en plus ; la nuit couverte de lainages, elle laissait sa fenêtre ouverte, et parfois criait à très haute voix ses protestations. En septembre 1936, elle adressa une plainte au Préfet de Police, et exaspérée de ce qu'une locataire lui interdisait de parler à sa bonne, elle s'écria qu'elle en viendrait à commettre un crime.

Ce fut l'internement, le 26 février 1937, avec ce certificat de M. Heuyer : « Idées délirantes de persécution. Hallucinations à prédominance olfactive, gaz lancés dans sa chambre à l'aide de tuyaux invisibles et percés. Variétés des odeurs : suie, « métro qui entre en gare » (sic), éther, café, alcool. Hallucinations auditives limitées au sifflement du gaz qui sort du tuyau. Pas de voix. Troubles cœnesthésiques : sensation de la pression du gaz. Aucun système délirant. Demande d'explication. Subexcitation. Loquacité. Quérulence. Réclamations à la concierge. Devant l'inutilité de ses plaintes, menace de

commettre un crime. Début des troubles psychiques en 1935. Lettre au Préfet de Police en septembre 1936. Léger tremblement de la langue et des doigts. Souffle systolique de la pointe avec propagation dans l'aisselle. Hypertrichose faciale. Pouls 100. »

Argia se présente à l'admission comme un délire chronique dont M. Guiraud note la prédominance des hallucinations olfactives.

A Moisselles, le 6 mars 1937, nous nous trouvons en face d'un processus en voie d'amélioration très nette. La malade très émotive (tremblements, tachycardie, crantivité) n'accuse plus *aucune hallucination* ni olfactive, ni auditive. Son comportement, après une quinzaine de repos, se montre presque normal. Très calme, dormant bien et s'alimentant bien, Argia travaille à l'atelier de couture et demande sa sortie.

L'examen physique apporte quelques éléments.

Une hypertrichose labiale signe la ménopause.

La tension artérielle est très élevée : 25 1/2-9 1/2 (Vaquez), le 2 juin. L'auscultation révèle un souffle systolique, d'ailleurs d'intensité variable à la pointe du cœur.

L'appareil digestif, saburral au début, fonctionne bien.

L'appareil respiratoire est normal. La malade dort la bouche fermée. Les amygdales, la cavité nasale sont normales.

L'olfaction est très bonne, peut-être plus développée du côté droit : la malade porte les substances que nous lui faisons sentir sous la narine droite.

Les réflexes tendineux sont un peu plus vifs à droite qu'à gauche. Les réflexes pupillaires sont normaux.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Dans le sang, l'urée était à 0,31 le 9 mars 1937. Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn sont négatives.

Dans le liquide céphalo-rachidien : albumine 0,20 ; Pandy et Weichbrodt 0 ; leucocytes 0,8 ; benjoin 00000.02000.00000. Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs. Pression au manomètre de Claude : avant 39 ; après 25.

Nous ne pouvons nous dissimuler qu'aux yeux de Head (1), cette observation serait atteinte d'un vice rédhibitoire, en matière d'hallucinations olfactives : c'est que celles-ci n'ont pas été constatées à l'hôpital ; elles ont disparu, de même que les sifflements — qui donc sifflerait ici, remarque Argia — à la date même de l'internement.

Le cas ne nous semble cependant pas dépourvu de toute valeur démonstrative.

(1) HEAD. — Certain mental changes that accompany visceral diseases. *Brain*, 1901 (cité par Mourgue).

Le comportement de la malade, qui n'est par ailleurs ni romanesque, ni même imaginative, est un garant certain de sa sincérité. La pauvreté de l'élément intellectuel, l'absence d'explication certaine sont frappantes. Pourtant, sans présenter une intelligence supérieure, cette Italienne dépasse le niveau de la débilité mentale. Emotive, sans doute instable, elle a su néanmoins s'adapter à la transplantation effectuée à l'âge adulte.

L'illusion sensorielle s'exclut d'elle-même. Les comparaisons employées le démontrent. Dans les rues, au cours de ses sorties, sur les marchés, Argia a bien des fois senti la fumée des camions, les relents du métro, toutes sortes d'odeurs nauséabondes. Pourtant, elle les différencie bien des odeurs hallucinatoires, douées de cette esthésie spéciale, de cette note insolite qui ne la trompent pas, qui ne se produisent que dans sa chambre, c'est-à-dire à des heures et dans des conditions physiologiques qui nous échappent. Et nous soulignerons encore l'absence de tout phénomène gustatif, de tout trouble digestif (vomissement, nausée). A la suite de la ponction lombaire, Argia a présenté des vomissements répétés : aucune hallucination n'a reparu.

Il est plus difficile d'apprécier le caractère secondaire des hallucinations auditives, la communication précédente de l'un de nous avec Caron montre justement que les hallucinations les plus intenses irradiant en arrière et submergent celles dont l'importance fut minime : odeurs et sifflements furent peut-être toujours associés. Aux premières, cependant, demeurerait le rôle pathogène fondamental.

Enfin, l'accès actuel n'apparaît pas isolé. Peut-être ne se rattache-t-il au précédent que comme des bouffées délirantes mono-symptomatiques d'une déséquilibrée émotive et instable, peut-être hérédosyphilitique, sans doute atteinte de tuberculose torpide (nombreuses fréquentations de poitrinaires, hydroa de Bazin), en tout cas, parvenue à l'âge critique de la ménopause.

Mais nous ignorons jusqu'à quel point le premier accès s'était éteint. L'efflorescence olfactive ne serait-elle qu'une poussée nouvelle d'un délire chronique, vouée à une rémission rapide, de par une propriété des troubles olfactifs, voisine de celle que G. de Clérambault avait mise en évidence (1) dans la psychose hallucinatoire pour « le domaine le plus animal, le domaine neuro-végétatif » et qui consistait à procéder principalement par *progression paroxystique* sous forme de crises à la fois anxieuses

(1) G. DE CLÉRAMBAULT. — Les psychoses hallucinatoires chroniques. *Bull. Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 21 janvier 1924.

et hallucinatoires, séparées par des périodes calmes dans lesquelles les malades comptent parmi les Persécutés Inermes ?

M. RAYNEAU. — De telles malades ne sont pas rares. J'ai rencontré plusieurs hallucinées de l'odorat ayant eu la même conduite que celle-ci. Je me souviens notamment d'une vieille fille qui changea maintes fois de logements parce qu'au bout de quelques semaines de résidence, elle prétendait sentir l'odeur d'oxyde de carbone, gaz par lequel ses persécuteurs voulaient l'empoisonner. Je l'ai fait interner au Pensionnat de l'asile de Blois où M. Marchand a pu la connaître, il y a environ 30 ans.

M. MARCHAND. — Je me rappelle la malade dont vient de nous entretenir M. Rayneau. Dès qu'elle est entrée à l'asile de Blois, elle n'a plus présenté d'hallucinations olfactives, mais elle gardait la conviction que les odeurs qu'elle avait ressenties avaient existé réellement. Cette malade a quitté l'établissement après un court séjour et, plus tard, les hallucinations olfactives ont reparu.

Quand on examine certains hallucinés, on note que l'état hallucinatoire est nettement secondaire à un trouble de l'idéation. J'avais, dans mon service, il y a quelques mois, un colonial atteint de délire d'interprétation. Pendant son séjour à Paris, il ressentit toutes sortes d'odeurs dans la chambre d'hôtel où il était descendu et il déposa plusieurs plaintes aux autorités. Dès qu'il fut interné, ses hallucinations olfactives disparurent, mais il conserva la conviction délirante de leur réalité. Une autre malade, que j'ai suivie pendant plusieurs années à la Maison de Santé de St-Maurice, n'avait des hallucinations auditives verbales que si elle voyait quelqu'un et elle disait en parlant de ses voix : « Il faudrait que je sois folle pour entendre des voix quand personne n'est à côté de moi. » Ces exemples sont intéressants pour établir le mécanisme psychologique de certaines hallucinations.

M. GUIRAUD. — J'ai demandé à M. Vié de présenter cette malade que j'avais rapidement examinée à l'admission. Elle me paraissait un exemple intéressant de délire chronique avec hallucinations non verbales. La disparition des hallucinations olfactives sous l'influence de l'internement pose des problèmes nouveaux.

D'abord, on pourrait penser à un de ces délires de persécution transitoires, comme ceux que Mlle P. Petit vient de décrire dans son intéressante thèse. J'élimine cette hypothèse. Je ne crois pas

la malade guérie ; elle n'est nullement convaincue que ses hallucinations olfactives sont des phénomènes pathologiques, elle conserve une volubilité et une émotivité anormales qui me font croire que les idées de persécution et les hallucinations, datant déjà de presque deux ans, ne subissent qu'une rémission temporaire.

Dans ma conception, qui, sur ce point particulier, coïncide avec celle de G. de Clérambault, les hallucinations-sensations sont des symptômes directs, c'est-à-dire résultant, sans intermédiaire, de l'atteinte inconnue dans sa nature et dans sa cause qui frappe certaines zones cérébrales. Je ne crois pas que ces hallucinations soient l'expression secondaire ou dérivée de troubles instinctifs ou affectifs inconscients, ou encore d'idées délirantes. Cela dit, je reconnais que l'exemple particulier est loin d'être démonstratif. Les auteurs pour lesquels l'hallucination n'est que l'expression d'un trouble antérieur et total de la personnalité, s'ils étaient présents, ne manqueraient pas de souligner qu'un changement de situation psychologique a fait presque instantanément disparaître les phénomènes olfactifs et soutiendraient peut-être qu'il n'y a pas de « lésion », puisque les esthésies olfactives n'ont pas persisté.

Quand nous parlons de lésions, nous ne pensons pas à des destructions ou à de grosses irritations en foyer, mais à des atteintes légères — peut-être à des troubles vaso-moteurs — qui peuvent ne pas se manifester de façon continue. Même dans l'épilepsie jacksonnienne, par grosse lésion, les convulsions sont intermittentes et peuvent être déclenchées de temps en temps par diverses causes occasionnelles. Ce qui est vrai pour l'excitation l'est également pour l'inhibition. Il importe de suivre cette malade ; il est probable que les hallucinations olfactives reparaitront même à l'asile. Dans d'autres observations, les changements de situation ne suppriment pas les phénomènes hallucinatoires. Qu'il me suffise, à cet égard, de rappeler la très intéressante et très détaillée observation de Porot, Bardenat et Léonardon, parue dans le dernier numéro des *Annales*.

Ces variétés de délires chroniques avec hallucinations-sensations (olfactives, interoceptives, proprioceptives et peut-être gustatives) sont encore peu décrites, mais méritent d'être étudiées. A mon avis, un certain nombre de délires d'interprétation comportent beaucoup d'hallucinations du domaine interoceptif ou cœnesthésique si l'on préfère. Pour ces délires chroniques avec hallucinations-sensations exclusives, il serait intéressant de connaître l'opinion des psychiatres à tendance surtout psychologique.

Ils nous apporteront probablement, soit des théories générales, s'appliquant à tous les malades, soit des explications de tendance psychanalytique pour chaque cas particulier. Je ne crois pas trahir la pensée de mon ami Minkowski en le rangeant dans la première catégorie. Sans doute, pour lui, la notion profonde qu'exprime le terme « sentir mauvais » déborde le domaine strict de l'olfaction et englobe une certaine catégorie d'états instinctifs ou affectifs à teinte désagréable ou repoussante qui, dans certaines circonstances, prennent la forme camouflée de mauvaises odeurs. Mais cette conception intéressante relègue dans l'accessoire la qualité sensorielle de l'hallucination.

M. COURBON. — L'influence des changements de domicile du malade sur l'apparition et la disparition de ses hallucinations prouve l'intervention de l'émotion dans la genèse de celles-ci ; mais elle ne prouve pas du tout l'absence d'un facteur organique dans cette genèse, car l'émotion est un phénomène mixte, constitué à la fois par des perturbations mentales et par des perturbations organiques.

C'est l'action des perturbations organiques de l'émotion sur un appareil cérébro-sensoriel vulnérable (variations du calibre des vaisseaux, ou imprégnations hormonales), qui produit l'esthésie. Mais c'est l'action mentale qui façonne cette esthésie en hallucination. La façon est d'autant plus complète que plus nombreux sont les complexes idéo-affectifs du psychisme ; c'est le cas de l'halluciné délirant. La façon est, au contraire, rudimentaire quand le psychisme est au début de sa désagrégation ; c'est le cas des malades à scies de Clérambault, qui ne délirent pas encore.

Excitation matérielle du sens et élaboration psychique de la donnée sensorielle sont les deux conditions inséparables sans lesquelles il n'y a pas d'*hallucination* véritable. Sans l'excitation matérielle du sens, il n'y a que *représentation mentale imagée*.

Chez tout halluciné, il faut fouiller le passé pathologique du sens intéressé, quelque antécédent pouvant expliquer sa vulnérabilité.

M. VIÉ. — La disparition rapide des hallucinations avec l'internement n'est pas en contradiction avec la nature organique des hallucinations, et en particulier avec la théorie de M. Guiraud. Il faut tenir compte du choc émotif considérable de l'internement avec toutes ses étapes (commissariat, infirmerie spéciale, arrivée à l'asile), ce sont des changements et interrogatoires suc-

cessifs et répétés, un arrachement brutal au milieu habituel, une incertitude prolongée. Il y a là de quoi réaliser un véritable bouleversement neuro-végétatif, surtout chez une malade très émotive comme la nôtre. Bien des sujets présentent à l'entrée une buée confusionnelle qui met plusieurs jours à se dissiper. Et les perturbations vago-sympathiques jouent certainement un rôle important dans la production et la disparition des phénomènes hallucinatoires.

Episode confusionnel au cours d'une échinococcose hépatique avec essaimage péritonéal (présentation du malade), par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT, G. d'HEUCQUEVILLE et MIGNOT.

Les troubles psychiques sont très rarement signalés chez les porteurs de kystes hydatiques.

C'est pourquoi nous avons tenu à présenter ce malade chez lequel le trouble psychique n'est ni l'expression clinique d'une localisation cérébrale des hydatides, ni la conséquence directe d'une intoxication hydatique, mais le résultat de troubles complexes que nous allons analyser.

M. N..., âgé de 48 ans, ébéniste, a été admis au pavillon de psychiatrie d'urgence de la Pitié, le 23 mai 1937. Il présentait, d'une part, des tumeurs abdominales, dont l'examen devait révéler la nature échinococcique, d'autre part des troubles mentaux.

Déjà la chronologie des manifestations pathologiques suggère l'hypothèse d'un rapport entre l'éclosion des désordres psychiques et l'évolution des kystes hydatiques.

Dans les *antécédents* du malade aucun fait ne permet de soupçonner vers quel âge et dans quelles circonstances fut contractée cette parasitose.

En 1930 pour la première fois le sujet remarque une tumeur mobile et indolente, siégeant dans l'hypocondre droit ; cette constatation ne l'inquiète pas en raison de l'absence de tout signe fonctionnel.

En mars 1936, le malade est pris brusquement d'une douleur abdominale très violente ; il vomit et sa température s'élève à 40°. C'est depuis cet épisode que l'état général a commencé à décliner et que l'abdomen a augmenté de volume.

En 1937, depuis deux mois environ, le malade présente à plusieurs reprises des crises douloureuses abdominales ; celles-ci ne s'accompagnent pas de signes d'occlusion et ne sauraient être interprétées comme liées à la gêne apportée au transit intestinal par les tumeurs ; il s'agit très vraisemblablement de la rupture intra-péritonéale de ces kystes ; l'existence de poussées d'urticaire, contemporaines de ces

crises douloureuses, la constatation actuelle d'une échinococcose péritonéale diffuse, sont en faveur de cette hypothèse.

Le 16 mai 1937, trois ou quatre jours après la plus récente des crises, se sont manifestés les premiers troubles mentaux : une nuit le malade réveille sa femme pour lui dire à son grand étonnement : « *tu sauras un jour ce que c'est que des hallucinations* » ; quelques jours plus tard il insiste auprès d'elle pour qu'elle fasse des démarches afin d'obtenir d'une Société de Secours mutuel, sans motif plausible, une pension de retraite.

Une semaine s'écoule et le 21 mai 1937, sa femme, au retour de son travail, le trouve en proie à une vive excitation : il appelle la police par la fenêtre, prétend qu'on lui a volé des papiers ; au sergent de ville accouru il demande qu'on ne le laisse pas seul « *avec ces deux femmes* » (sa femme et sa belle-fille). Ces troubles mentaux sont assez bruyants pour déterminer les agents à le conduire à la Pitié.

Le lendemain nous trouvons le malade à l'isolement ; il conserve encore un certain degré d'excitation psychique. Bien qu'il soit mal orienté il répond correctement à nos questions : il est capable de nous renseigner sur sa maladie hydatique, sur son existence et sa vie familiale.

Deux jours après, il semble aller beaucoup mieux : il s'inquiète des troubles qu'il a pu présenter, déclare « qu'il a dit des sottises ».

Mais dans les jours qui suivent, loin que l'amélioration s'accroisse, apparaissent de nouveaux troubles d'un caractère plus inquiétant ; troubles qui actuellement subsistent.

Etat actuel. — Le malade accuse une impression d'étrangeté et d'incompréhension de sa situation et des circonstances dans lesquelles il vit. Il cherche des justifications et demande des explications. Il voudrait rétablir de l'ordre dans ses propres pensées « *il faudrait du temps pour expliquer tout cela ; vous ne pouvez comprendre..., il y a comme un décalage* ».

Le ton émotionnel dans l'expression de cet état d'inquiétude est habituellement paisible ; au cours d'un de nos examens, une seule fois, le malade a eu une véritable crise d'anxiété avec panophtobie.

Spontanément, à d'autres moments, il émet des doutes sur sa propre personnalité et sur celle des personnes présentes : il n'est pas sûr que c'est bien sa femme qui est venue le voir : il dit : « *celle qui se prétend ma femme* ». Par moments il se demande si lui-même est bien M. X., à d'autres il tient à l'affirmer et écrit sur les murs de sa cellule son état civil et son adresse.

Sa perception du monde extérieur est aussi confuse et multiple : « c'est le mélange universel ».

A l'examen, ce malade se présente comme un excité : il ne tient pas en place, sa physionomie est animée, il se montre moqueur, sarcastique, fait des jeux de mots. Il nous écrit, sur des chiffons de papier, des billets d'un style correct pour demander son passage

dans la salle commune et il fait allusion aux grandes souffrances qu'il éprouverait.

Il comprend les questions, mais répond généralement à côté.

Il est difficile de pratiquer des épreuves psychologiques et même les tests les plus simples en raison de la mobilité de son attention et du jeu auquel il se livre aux dépens de son interlocuteur.

Pour l'orientation, par exemple, le malade parle d'Exposition de 1937, mais ne peut préciser l'année même approximativement. Pour le mois « *il fait chaud, dit-il, mais on peut transpirer autant en décembre* ».

Absence de phénomènes psycho-sensoriels (hallucinations ou illusions) et de construction délirante.

En résumé, ce malade présente de la fuite des idées et une activité ludique qui appartiennent au syndrome hypomaniaque ; de la désorientation et un sentiment d'étrangeté appartenant au syndrome confusionnel.

A l'examen somatique on se trouve en présence d'un sujet très amaigri, dont l'abdomen est déformé par la présence de tumeurs arrondies, de la taille d'une orange. Ces tumeurs sont mobiles, non douloureuses ; elle ne donnent pas à la percussion le frémissement hydatique. Par leur réunion elles forment une masse, qui occupe toute la partie moyenne de l'abdomen. Le bord supérieur du foie est surélevé, son bord inférieur se confond avec la masse tumorale. La rate est normale. Il n'existe pas d'ascite libre.

La radioscopie montre un hémidiaphragme droit surélevé et déformé, « en brioche », peu mobile avec la respiration. La radiographie de l'abdomen, après lavement baryté, montre que le cadre colique est refoulé à la périphérie d'une masse qui en occupe le centre et se confond en haut avec le foie.

Ce tableau clinique et l'évolution de la maladie rendaient très vraisemblable le diagnostic de kyste hydatique du foie avec essaimage péritonéal secondaire.

L'échinococcose a été confirmée par les résultats des examens complémentaires.

L'examen du sang montre une anémie modérée et une *éosinophilie* très marquée,

globules rouges	4.200.000
globules blancs	8.000
hémoglobine	80 0/0
polynucléaires neutrophiles	57 0/0
polynucléaires éosinophiles	23 0/0
lymphocytes	2
moyens mononucléaires	15
grands mononucléaires	3

La réaction de Casoni est positive.

Comme il est habituel dans les kystes hydatiques du foie, il n'existe dans ce cas *aucun signe clinique ou humoral d'insuffisance hépatique*:

les urines ne contiennent ni sels biliaires, ni urobiline ;
le temps de saignement est de 2,5 minutes ;
le temps de coagulation est de 11,5 minutes ;
le signe du lacet est négatif ;
l'azotémie est à 0 gr. 35 ;
la polypeptidémie est à 34 mmgr. par litre ;
albumine totale 97 grammes 0/0.

Les autres appareils sont normaux : tension artérielle = 15-8.

Le Bordet-Wassermann est négatif.

Signalons enfin que, sans présenter de signes d'intoxication alcoolique confirmée, le sujet boit environ deux litres de vin par jour et qu'étant ébéniste, il utilise des vernis.

Selon les renseignements fournis par son entourage, le désordre de son existence familiale et sociale, des troubles importants du caractère, contrastant avec une intelligence plutôt vive et de réelles capacités professionnelles, permettent de considérer ce sujet comme un déséquilibré constitutionnel.

Nous n'avons pu faire la preuve d'aucune autre localisation de l'échinococcose, en particulier cérébrale : l'examen neurologique est négatif, il n'existe pas de signes en foyer ou de symptômes d'hypertension intracrânienne ; le fond d'œil est normal, les radiographies du crâne ne montrent aucune image pathologique.

Nous avons l'intention de faire une ponction lombaire et une encéphalographie, qui ont été interdites par la famille.

Les troubles mentaux de ce sujet ne ressemblent d'ailleurs guère à une moria symptomatique de kyste hydatique pré-frontal.

Un rôle paraît, au contraire, revenir à une imprégnation par les toxines hydatiques. Bien que des cas semblables ne soient pas décrits dans le traité classique de Dévé (2), l'on sait qu'en 1913 Raschmanov (3) déterminait expérimentalement des lésions cérébrales par injection de liquide hydatique chez le cobaye sensibilisé.

Enfin, Anfelberg (4) a décrit des manifestations hystériques chez les hydatiques. D'autre part, la littérature des troubles nerveux secondaires aux parasitoses, infections et intoxications digestives, est fort abondante (5), (6), (7), (8). Nous ne faisons qu'une remarque, car l'intérêt de notre cas n'est pas là.

En résumé, un homme de 48 ans, buveur d'habitude, est pris, dans le décours d'une poussée évolutive d'échinococcose périto-

néale à point de départ hépatique, d'un épisode confusionnel aigu qui se marque encore, quelques jours plus tard, par de la désorientation dans le temps et l'espace, des troubles de la personnalité et un certain degré d'excitation cérébrale.

L'amaigrissement considérable du sujet, le mauvais état général tendant vers la cachexie, l'appoint alcoolique certain, la gêne mécanique apportée au fonctionnement du foie par les kystes hydatiques intra-hépatiques, l'intoxication hydatique démontrée par l'urticaire, l'éosinophilie et la réaction de Casoni sont autant de facteurs à retenir pour rendre compte du mécanisme de cet épisode confusionnel, qui, tout en s'atténuant, se prolonge en raison de la persistance des intoxications complexes dont il relève.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) GASSIOT et LECLERC. — Ascarirose et psychopathie. *A.M.P.*, 1936, tome 1, page 534.
- (2) DEVÉ. — Les kystes hydatiques du foie, Paris, 1905.
- (3) RACHMANOV. — Lésions nerveuses dans l'anaphylaxie vermineuse sérique. *C.R. Soc. Biolog.*, 1913, p. 317.
- (4) ANFELBERG. — The medical bull. of the veterans administration. Washington, 512-517, janv. 1928.
- (5) LOEPER et MICHAUX. — Influence des affections digestives dans le déterminisme et l'évolution de certaines maladies du système nerveux. *Presse Médicale*, 30 janv. 1937.
- (6) KLIPPEL. — Insuffisance hépatique et troubles mentaux. *Archives générales de Médecine*, 1892.
- (7) LEOPOLD LÉVI. — Troubles nerveux d'origine hépatique, hépatotoxémie nerveuse, *Thèse de Paris*, 1896.
- (8) LAIGNEL-LAVASTINE, G. D'HEUCQUEVILLE et P. GUILLY. — Evolution schizophrénique et colibacillose puerpérale. *Ann. Méd.-Psych.*, 92, T. 1, n° 2, février 1934, p. 243-246.

M. MARCHAND. — Chez ce sujet, l'état confusionnel n'est survenu que plusieurs jours après la disparition de l'urticaire. Je ne pense pas qu'il y ait un rapport de causalité entre les deux phénomènes. Par contre, ce malade est un ancien éthylique. Son foie, déjà lésé par les excès alcooliques, est aussi le siège de kystes hydatiques. Cette insuffisance hépatique doit être retenue. De plus, il est dans un état physique grave avec amaigrissement et dénutrition considérable. Je rapprocherais son état mental de celui que l'on observe dans certains cas d'inanition.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances,
P. CARRETTE.

Séance du 28 Juin 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Légion d'Honneur

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, *président*, présente les félicitations de tous au D^r P. LECLERCQ, du Vésinet (Seine-et-Oise), *membre correspondant national*, promu *Commandeur de la Légion d'honneur*.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 13 mai, et celui de la séance du lundi 24 mai 1937 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. Jean CARRÈRE, interne des asiles de la Seine, qui remercie la Société de lui avoir attribué le *prix Aubanel* ;

une lettre de M. le D^r BRIAU, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

des lettres de MM. les docteurs PIERSON, médecin-directeur de l'hôpital neuropsychiatrique de Ber-Réhid (Maroc), et GARDIEN, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Limoux (Aude), qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une commission composée de MM. DESRUELLES, HAMEL et BROUSSEAU, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu à la séance du 26 juillet prochain ;

une lettre de M. le professeur PIÉRON, président du XI^e *Congrès international de psychologie*, invitant la Société Médico-psychologique à se faire représenter au Congrès qui aura lieu à Paris, du 25 au 31 juillet 1937 : la société désigne pour cette mission MM. René CHARPENTIER, *président*, et VURPAS, *ancien président* ;

une lettre de M. le D^r MARCHAND, secrétaire du Comité chargé de l'organisation d'une *Cérémonie commémorative de la Fondation de l'Hôpital Henri-Rousselle*, qui invite la Société Médico-psychologique

à se faire représenter à cette cérémonie, qui aura lieu le dimanche 25 juillet 1937, à 10 h. 1/2, à l'établissement même ; la Société désigne MM. René CHARPENTIER, *président*, FILLASSIER, *vice-président*, COURBON, *secrétaire général*, et COLLET, *trésorier*, pour la représenter à cette cérémonie ;

une lettre de M. le D^r GENIL-PERRIN, secrétaire général du II^e Congrès international d'hygiène mentale, invitant la Société à se faire représenter à ce Congrès, qui aura lieu à Paris, du 19 au 23 juillet ; la Société désigne MM. René CHARPENTIER, *président*, FILLASSIER, *vice-président*, COURBON, *secrétaire général*, et COLLET, *trésorier*, pour la représenter à ce Congrès.

Election de 2 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. COURBON au nom d'une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, COURBON et CARRETTE, pour l'examen de la candidature de M. le D^r CHATAGNON, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, et d'un rapport de M. G. COLLET, au nom d'une Commission composée de MM. COLLET, HAMEL et J. LÉPINE pour l'examen de la candidature de Mme COLLET, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Fains (Meuse), il est procédé au vote :

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. CHATAGNON	21 voix
Mme COLLET	19 —

M. le D^r CHATAGNON, de Neuilly-sur-Marne, et Mme COLLET, de Fains (Meuse), sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Sur la pathogénie des hallucinations, par M. Th. SIMON.

Si courte que doive être cette communication, les considérations que je voudrais présenter relativement aux hallucinations sont de trois ordres. En premier lieu je voudrais écarter deux des problèmes que les hallucinations posent depuis Esquirol et Baillarger sans qu'ils aient fait depuis ces auteurs des progrès sensibles ; en second lieu je voudrais rapprocher sommairement les hallucinations de phénomènes qui, dans la vie psychique normale, me paraissent susceptibles de nous les faire comprendre ; enfin je présenterai à mon tour une hypothèse.

I. — Les deux questions préalables dont je voudrais commencer par me débarrasser, non qu'on ne puisse en discuter — on en discuterait pendant des heures — mais précisément parce qu'elles me paraissent actuellement à peu près insolubles, sont les suivantes :

1. La première concerne l'existence ou non d'un processus anatomique et l'origine de l'hallucination. Si l'on se place à un point de vue très général, physiologie nerveuse et psychologie n'étant probablement que deux aspects d'une même chose, il va de soi que tout phénomène psychologique doit avoir un correspondant neurologique. Seulement, tant que nous ne pouvons préciser celui-ci, cela ne nous avance pas beaucoup de parler une langue ou une autre. Or, en ce qui concerne l'hallucination, phénomène à peu près sinon entièrement subjectif, l'élément psychologique nous est de ce fait le plus connu, encore qu'il ne le soit par nous qu'indirectement, tout au moins par la plupart d'entre nous, tandis que le correspondant neurologique est induit et purement hypothétique. Qu'on imagine une lésion de l'appareil périphérique ou une excitation corticale..., il faut bien dire qu'aucune n'a jamais été indubitablement constatée dans un rapport direct avec une hallucination quelle qu'elle soit.

2. Une seconde question a trait à l'existence même des hallucinations, je veux dire s'il existe des hallucinations sans excitation sensorielle ? si les hallucinations ne sont pas toujours plus ou moins des illusions ? Je ne trouve non plus aucun élément qui nous permette de répondre.

Remarquez que nous rencontrons le même problème pour le rêve. Le rêve n'est-il qu'activité intérieure ou quelque impression du dehors intervient-elle dans le déroulement de ses images ? Nous savons la chose possible depuis Maury, et M. Janet a rappelé l'autre jour de nouveaux exemples de défilés plus analogiques qu'adéquats qu'une excitation réelle d'origine extérieure peut déclancher dans ces conditions.

Eh bien, dans l'hallucination, n'existe-t-il pas toujours quelque excitation initiale du même genre, je ne vois pas que nous en puissions rien savoir, ni qu'on ne puisse, si on le désire, toujours en trouver quelqu'une. Je ne citerai, à titre anecdotique et comme exemple de cette difficulté à distinguer les deux phénomènes, que le fait suivant qui m'est personnel :

Une malade me disant entendre des voix non par les oreilles mais en elle-même, m'indique sa région épigastrique comme, en étant le siège. Je fais cette hypothèse d'hallucinations psycho-motrices avec

contractions du diaphragme qui localiserait lesdites hallucinations, et il me vient à l'idée d'ausculter le creux épigastrique de cette malade. Or quelle n'est pas ma surprise d'entendre en effet des voix comme venant de cette région, tout un bavardage, d'ailleurs indistinct et cependant très proche, mais sans percevoir aucune contraction diaphragmatique. J'éloigne le stéthoscope biauriculaire dont je m'étais servi, plus rien... ; et la malade interrogée dit n'avoir elle-même rien entendu. Je renouvelle l'expérience. De nouveau un bruit de conversation. Seulement, ayant enlevé l'appareil de mes oreilles, je perçois alors dans le lointain (soit dans la cour voisine, soit dans une autre salle) un échange de propos... J'ausculte de nouveau et j'arrive à cette conclusion qu'une transmission probable par le plancher et le corps de la malade altère et rapproche ces voix réelles. Dans le cas présent la malade ne les percevait pas ; mais n'arrive-t-il pas que des transmissions de ce genre soient muées en hallucinations ? On peut toujours se demander quel rôle jouent dans le phénomène pathologique ces inconscients avec lesquels nous vivons.

Certains malades entendent leurs voix dans les omnibus ou dans la rue... Leurs voix ne sont-elles pas dans ces conditions des propos déformés ? Et, les entendraient-ils quand ils sont seuls dans leur chambre, il suffit d'avoir écouté dans le silence pour se rendre compte des bruits multiples qui persistent et qui peuvent donc être l'origine de fausses perceptions pour des oreilles anxieusement tendues.

Nous ne pouvons résoudre ce problème, et cependant nous le trouvons constamment, et il est quasi à la base même de toute théorie sur les hallucinations : l'hallucination est-elle une création sensorielle ou n'est-elle qu'une excitation sensorielle transformée ? le délirant forge-t-il un monde entièrement imaginaire ou bien n'y a-t-il que sa manière de percevoir le monde qui est différente ? le trouble siège-t-il dans l'origine ou dans l'apport que toute perception suppose ?

En fait nous disons qu'il y a illusion quand nous pouvons découvrir une excitation sensorielle d'où nous pouvons découler le trouble accusé ; nous disons qu'il y a hallucination quand nous en sommes incapables, et ce qui nous en rend particulièrement incapables, c'est le degré d'écart entre la cause qu'il faudrait supposer et le trouble hallucinatoire.

II. — Ces premières remarques faites passons à la seconde partie de cette communication : ne trouvons-nous pas dans la vie psychique normale des éléments de tous points analogues aux hallucinations ?

Disons d'abord qu'à notre avis on doit distinguer deux types principaux d'hallucinations : les hallucinations proprement sensorielles, dont les hallucinations visuelles sont de beaucoup les plus fréquentes, et les hallucinations verbales ; les premières consistant en images dont les cauchemars alcooliques sont le type banal, les secondes consistant en paroles ou en voix, et dont l'élément verbal est l'élément commun.

1. Rapprocher les hallucinations visuelles des images des rêves est chose qui s'est toujours imposée. Les analogies sont trop évidentes. Il y a toutefois certains détails sur lesquels il me paraît moins banal d'insister :

1° Ce fait, que le rêve ne nous apporte pas seulement une vision hallucinatoire du monde extérieur, mais qu'il lui arrive de modifier dans un sens analogue le sentiment que nous avons de nous-même ; au cours du rêve nous croyons parfois à des attitudes corporelles, parfois très contournées, tout à fait étranges, avec la sensation d'être incapables d'en changer, avec la sensation d'une impossibilité complète de tout mouvement — entraves et attitudes qui ne correspondent pas plus à la réalité que la vue d'une femme à denture de cheval, et qui ne rappellent pas moins les affirmations de certains malades. En d'autres termes notre idéation de rêve ne projette pas seulement un monde extérieur imaginaire, elle modifie notre sensation de nous-même, et dans un sens qui est bien de type hallucinatoire, en dépit de toute absence de projection extérieure. Si bien que la projection extérieure, dont on paraît tant s'étonner, n'apparaît que comme une nuance sans grand intérêt.

2° Nous ne nous rendons pas compte, au cours du rêve, que toute son imagerie est de source intérieure, et nous l'acceptons quelle qu'en soit l'absurdité... Je dis « nous » parce qu'en effet, dans le rêve, nous n'abdiquons pas, et bien qu'ayant perdu tout jugement et tout contrôle, notre opinion sur nous-mêmes n'est guère différente de ce qu'elle est à l'état de veille, nous assistons au spectacle, nous prenons parti, nous décidons..., nous avons quasi la même conscience de nous-même. Non vraiment nous ne sommes pas, rêvant, très différents d'un aliéné.

Il y a cependant des différences, non peut-être pendant le rêve, mais après :

D'abord une différence, inconstante d'ailleurs, entre l'onirisme et le rêve : les images du rêve ont coutume de s'effacer rapidement, le souvenir en disparaît vite ; nous nous rappelons avoir rêvé, nous ne pouvons retrouver quel était le sujet du rêve.

Dans les états délirants — tels que la démence précoce — il est probable qu'il en est souvent ainsi, et même dans l'alcoolisme, où le souvenir s'efface moins ; mais, dans l'un et l'autre cas, la netteté du souvenir est bien autrement persistante que dans le rêve habituel.

Seconde différence : la croyance à la réalité du rêve. Toutefois, sur ce point aussi, il y a des cas de transition. Si au réveil nous estimons habituellement avoir rêvé, ce n'est pas toujours le cas. Toutes les personnes ne font pas également le départ entre le rêve et la réalité. Les enfants, dit-on, en sont longtemps incapables. Personnellement j'ai connu des faits, j'ai vécu des faits dont je n'ai absolument pas pu savoir s'ils étaient réels ou si je les avais rêvés ; seuls le raisonnement et la vraisemblance m'ont fait une opinion. Ceci pour indiquer à quel point le rêve peut ressembler à l'hallucination, tout au moins dans le souvenir. Et, chez nos malades, il arrive que nous appelons hallucination ce qui n'est que rêve non discerné comme tel.

Enfin la grande différence entre les phénomènes normaux qui précèdent et les hallucinations pathologiques proprement dites, la *différence essentielle* — peut-être la seule — c'est que, l'hallucination existe chez une personne à l'état de veille, et que malgré cet état de veille et en dépit du contrôle que l'intelligence devrait exercer, la croyance persiste en la réalité du phénomène hallucinatoire. Nous y reviendrons tout à l'heure.

2. Disons quelques mots auparavant du second type d'hallucinations, qui au reste embarrasse les psychiatres beaucoup plus que les hallucinations oniriques, à savoir les hallucinations verbales. J'hésite un peu à avouer qu'il y a bien longtemps que je n'ai suivi les subtiles distinctions établies entre hallucinations psychiques, psycho-motrices, auditives, etc. L'ancienne théorie des images et le désir de trouver l'explication dans une excitation locale justifiaient sans doute ces analyses. Mais, en réalité, que notre pensée intérieure soit muette ou parlée, et toutes les variétés s'en rencontrent selon les individus, et chez un même individu selon les circonstances, le problème hallucinatoire essentiel est avant tout l'attribution de ce langage intérieur à quelqu'un d'autre qu'à nous-même. Il ne me semble pas que nous en rencontrions dans les rêves d'exemple aussi frappant que pour les hallucinations visuelles, ce qui d'ailleurs est assez curieux. Mais cela ne veut point dire qu'on ne puisse découvrir à ces hallucinations un pendant normal, et, dans le normal, des formes intermédiaires.

Ces transitions me paraissent précisément se rencontrer dans le jeu courant de notre langage intérieur. Je n'ai nullement, quant à moi, l'impression d'une unité personnelle aussi rigide qu'on semble l'admettre. Sauf lorsque notre attention est fortement centrée sur notre pensée comme dans un effort de raisonnement ou par une volonté d'exposé, notre idéation est chose vacillante, sorte de feu follet non certes entièrement séparée de nous, mais à demi dans une frange où nous sommes parfois surpris d'être obligé d'aller la ressaisir comme si elle nous avait échappé. Et puis, autre fait, lorsque s'élèvent dans notre esprit des conflits, des discussions, il arrive que le heurt se traduit par des paroles opposées devant certaines desquelles nous nous arrêtons par instants, tant elles nous paraissent revêtir un caractère étranger.

Nous ne sommes pas victimes de l'illusion, nous nous ressaisissons presque aussitôt, je le sais, et, comme tout à l'heure, c'est la grande différence avec l'aliénation. Mais la différence n'est pas tant dans le phénomène sensoriel, ni même dans la croyance, laquelle en fait partie, qu'il implique en fait, de par son existence, que peut-être dans l'origine même des troubles.

Que le phénomène hallucinatoire soit donc en soi moins pathologique qu'on ne l'imagine, qu'il représente au contraire un phénomène psychologique assez banal puisque nous le retrouvons dans le rêve et dans nos conversations intérieures, voilà ce que je voudrais retenir de cette seconde partie.

III. *Conclusion et hypothèse.* — Je crains bien que nous ne sachions pas grand chose d'autre sur les hallucinations. Cette connaissance élémentaire peut-elle du moins nous conduire à une hypothèse de réflexion sinon de travail ? En voici une que je ne crois pas avoir vu exposée et que je voudrais vous soumettre.

J'ai dit tout à l'heure que je reviendrai sur le mécanisme de nos rêves. On rappelle sans cesse l'épine extérieure qui paraît à l'origine de quelques-uns et ce mécanisme retient toute notre attention. Mais il y a bien d'autres mécanismes qui doivent intervenir si l'on veut expliquer la richesse des rêves, et pour prendre un exemple banal, ne voyons-nous pas une excitation sexuelle provoquer des rêves érotiques fort complexes. On rappelle les cauchemars liés à des troubles digestifs, et cela nous conduit à imaginer des pathogénies toxiques ; mais on néglige les rêves provoqués par des préoccupations morales, ou bien on les rapporte conjecturalement à des intoxications de même ordre que les précédentes. Personnellement je suis frappé dans ces deux situa-

tions par autre chose, c'est à savoir que toutes deux nous montrent des excitations subjectives, des excitations non sensorielles mais affectives, réaliser des images hallucinatoires extériorisées, déformer, si l'on veut admettre des excitations sensorielles réelles élémentaires et subconscientes, déformer, dis-je, ces excitations dans un sens précis, et, par là, en somme, faire du délire.

Je reprends sous une autre forme. Normalement, et à l'état de veille, notre monde d'images est sous l'étroite dépendance de nos sens. Seules leurs excitations éveillent les souvenirs qui s'accordent avec elles pour reconstituer la réalité telle que nous l'apercevons. Nous avons certes, à côté de cela, des humeurs et des désirs, mais ils n'interviennent pas dans le jeu de nos perceptions. Or voici que dans le sommeil il en est tout différemment. Il semble que tout ce monde intérieur qui bouillonne en nous, envahisse, à la faveur du sommeil, un territoire qui n'est pas le sien, et s'y traduise, et s'y formule, par des images empruntées à notre vie de tous les jours, mais dont la formation et le cours subissent alors d'autres lois. Survienne le réveil, les excitations sensorielles reprennent la direction, et cet envahissement végétatif et affectif dans le champ de la connaissance s'arrête aussitôt, se trouve comme inhibé.

A mon sens ce serait cette barrière qui cesserait d'être infranchissable dans l'aliénation, dans le délire et dans les phénomènes hallucinatoires, comme elle l'est dans le sommeil. Dans le rêve des territoires réservés à la connaissance deviennent perméables à des excitations intérieures grâce à la coupure que provoque le sommeil dans l'exercice des sens. Dans l'aliénation la perméabilité est réalisée malgré ces derniers, mais le délire ne fait que traduire précisément l'intervention dans un territoire, qui ne leur ressort pas habituellement, de courants nerveux d'origine organique ou affective.

Dans quelles conditions trouvons-nous d'ailleurs ce type d'hallucinations ? dans l'alcoolisme où il existe un état de confusion qui sépare du monde extérieur ; et dans la démence précoce, où il existe une diminution du pouvoir de concentration de la pensée, qui par quelque côté rappelle également le sommeil.

Passons-nous maintenant aux hallucinations verbales, quand rencontrons-nous dans la vie normale cette dernière séparation dont je parlais tout à l'heure ? Dans les états de conflit intérieur qui nous divisent. Et, quand les hallucinations verbales sont-elles le plus fréquentes ? Dans les délires de persécution où toute notre attention est tendue dans le sens de la moquerie ou de la

menace... A la tendance objective normale de notre pensée intérieure se substitue une attitude d'inquiétude et d'objection, de dispute et de lutte, qui dissocie notre réflexion. En sorte que si certains fragments se détachent, au point d'apparaître à la conscience avec un caractère parasite ou étranger, il n'y a plus là encore qu'un fait d'interprétation plutôt qu'une création anormale à proprement parler.

Eh bien tout ceci n'est peut-être pas sans intérêt pour localiser le siège même du trouble. Faire d'une esthésie l'origine d'une hallucination, c'est en effet chercher le correspondant physique de celle-ci dans un centre sensoriel. *Considérer le phénomène hallucinatoire comme un phénomène psychique normal dont la source est hors des voies habituelles ou dont l'interprétation est seule altérée*, c'est vraisemblablement modifier l'endroit où il faut chercher l'altération ; et cela a une portée considérable car attribuer l'hallucination, comme nous le proposons, à une intrusion abusive dans le domaine de la connaissance de courants organiques ou à l'intensité, à la fixité exceptionnelles d'éléments affectifs, c'est se dégager de l'obsession intellectuelle et corticale, c'est en somme déplacer tout le domaine de l'aliénation.

M. Pierre JANET. — Je voudrais d'abord remercier M. Simon des intéressantes observations qu'il nous a présentées et des réflexions qu'il nous suggère.

Il est juste d'insister sur la différence entre les illusions et les hallucinations : M. Simon remarque avec raison que cette différence importante ne doit pas être cherchée uniquement dans le point de départ de l'un et de l'autre phénomène, car il y a des stimulations venant du monde extérieur dans l'un et dans l'autre. Il faut cependant reconnaître que ces stimulations provocatrices sont plus nettes et surtout plus régulièrement en rapport avec le phénomène consécutif dans l'illusion que dans l'hallucination. Les stimulations qui amènent l'hallucination sont plus vagues, plus irrégulières et déterminent moins exactement la nature de l'hallucination. C'est que dans celle-ci la part de l'activité constructive de l'esprit qui réagit à la stimulation est plus considérable. Je crois surtout que cette activité de réaction est différente dans l'un et dans l'autre cas. Dans l'illusion, la réaction est une conduite perceptive de niveau assez inférieur, dans l'hallucination la réaction est une opération d'ordre plus élevé : elle est surtout une action sociale, une action de répartition sociale.

L'objectivation, c'est-à-dire l'attribution de la partie la plus importante de l'acte à un individu extérieur, est un des éléments essentiels de l'hallucination.

M. Simon a raison d'observer que le caractère essentiel de cette opération reste à peu près le même dans les différentes hallucinations : c'est ce que j'avais essayé de montrer au Congrès de Bâle à propos des hallucinations dites psychiques. Sans doute, il y a, dans certaines hallucinations au moins, une apparence de perception sensorielle, une assimilation de la connaissance de l'acte attribué à autrui à des phénomènes sensoriels auditifs : cela dépend de bien des mécanismes et en particulier du rôle de la croyance, qui réalise autant que possible ces phénomènes.

L'essentiel de ce trouble hallucinatoire, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, ne peut être bien compris que si on tient compte de la psychologie de la personnalité sociale commencée en Amérique par W. James, Josiah Royce et Marc Baldwin. La construction de la personnalité du socius se fait en même temps que la construction de la personnalité du sujet et présente les mêmes stades et les mêmes troubles.

Je m'associe également aux réflexions de M. Simon sur le rapprochement nécessaire des phénomènes pathologiques et des phénomènes normaux ou sémi-normaux. La maladie mentale ne crée pas plus de phénomènes absolument nouveaux que la maladie physique n'en réalise, ainsi que le remarquait Claude Bernard. La maladie mentale, comme la maladie physique, augmente ou réduit et surtout déforme les phénomènes normaux et on ne peut comprendre le phénomène pathologique qu'en montrant la transformation qu'ont subie les fonctions normales correspondantes. Il est donc juste d'étudier le rêve à propos de l'illusion, car il s'agit dans l'un et dans l'autre des fonctions perceptives plus ou moins altérées. Comme le disait M. Lydiard Horton à Boston, le rêve, ou plutôt les différents rêves successifs présentent une succession d'interprétations perceptives qui, dans la vie de la veille, sont ramassées rapidement en une seule. Ces interprétations dans la succession des rêves se succèdent plus ou moins séparées les unes des autres. Ce qui est rapide, ou ce qui paraît être rapide dans le rêve, c'est le développement de chaque interprétation considérée isolément, ce qui est lent, c'est la succession des différents rêves à propos d'une même stimulation.

L'hallucination déforme les répartitions normales des actes qui existent également dans la vie normale. Dans une des dernières séances de la Société, j'ai essayé de montrer que la jalou-

sie n'est possible que grâce à des erreurs d'attribution analogues au fond à l'hallucination du persécuté. J'ajoute aujourd'hui que dans un autre sentiment, la sympathie malicieuse, la « schadenfreude » des Allemands, il y a une illusion du même genre : le sujet, qui a une jouissance, c'est-à-dire une réaction de triomphe à la vue de la souffrance du socius qui lui apparaît comme une sorte de défaite, se considère comme vainqueur dans une lutte qu'il aurait faite contre ce socius, quoique en réalité il n'ait en aucune façon été mêlé à l'acte de celui-ci.

Ces discussions qui rapprochent la psychologie et la psychiatrie sont utiles pour les deux sciences.

M. GOURIOU. — Je crois que non seulement le rêve, mais encore le langage intérieur sensoriel et verbal, et la pensée sans parole, si toutefois elle existe, peuvent aider à comprendre l'hallucination. Mais le rêve se distingue d'eux, comme il se distingue de l'onirisme. Je crois qu'il y a des barrières plus ou moins grandes entre le dormeur qui rêve, le rêveur éveillé, l'onirique, l'halluciné et le délirant halluciné.

Le rêve du sommeil, si j'en juge par les miens, a un caractère étonnant. On se trouve étonné des circonstances où l'on croit être. Il arrive par exemple qu'on rêve qu'on rêve. Le rêve de l'anxieux s'impose d'une façon traumatique, éruptive en quelque sorte. Celui du refoulé est producteur d'angoisse. Celui des femmes persécutées a souvent un caractère sexuel : on les viole pendant la nuit, etc.

Il faudrait étudier les rêves des délirants persécutés et surtout des délirants hallucinés pour voir toute la différence entre le rêve du sommeil et l'hallucination.

En écoutant M. Simon, je croyais qu'il allait nous dire : donnez de bons rêves à vos malades. C'est en effet ce à quoi devrait viser la thérapeutique, car pendant le rêve se liquident les conflits affectifs.

L'hallucination, enfin, pose le problème des rapports du délire et de la débilité mentale. Je me demande si au fond celle-ci n'est pas la véritable cause de celui-là. Elle empêche la rectification des erreurs et elle conditionne la crédulité qui a fait naître les erreurs. En faisant appel au raisonnement et au jugement de mes malades, j'arrive bien rarement à un résultat. Le plus souvent, on a beau raisonner le délirant ou l'halluciné, on ne parvient pas, quelque ténacité qu'on y mette, à le convaincre qu'il se trompe. C'est par manque d'auto-critique que, rendus candidats à l'hallucination par les troubles légers du début de leur

maladie, ils deviennent hallucinés délirants. Ils ont la croyance, ou plutôt la crédulité facile, car la croyance n'est pas un signe de débilité tandis que la crédulité en est un. Cela les rapproche des conjoints crédules qui se laissent contagionner par le délire d'autrui. Je serais heureux de savoir l'opinion, sur ce sujet, des médecins des maisons de santé privées.

M. Ach. DELMAS. — Je crains fort que dans une question aussi vaste que celle des hallucinations on ne crée la confusion en s'appliquant à rechercher les analogies plutôt qu'en s'appliquant à préciser les différences ; on en est venu, à la dernière séance et à cette séance-ci encore, à conclure que nous sommes tous plus ou moins hallucinés, ce qui est faux et ne correspond qu'à de superficielles similitudes.

Il est aussi discutable de trop rapprocher l'onirisme et le rêve ; celui-ci est bien plus proche de la rêverie que d'un délire hallucinatoire toxique et sans vouloir aborder une discussion sur le rêve, je veux seulement indiquer en passant, combien, parmi les nombreuses théories émises, celle de Rignano paraît précise et satisfaisante par rapport à l'explication de tous les faits se rapportant au rêve.

Je crois même qu'il vaudrait mieux séparer les hallucinations visuelles des hallucinations auditives et n'aborder le problème qu'en s'en tenant à ces dernières, qui sont de toutes les hallucinations les plus fréquentes, les plus importantes et les plus caractéristiques.

En nous plaçant à ce point de vue, je n'ai pas été très séduit par l'hypothèse émise par M. Simon, en conclusion de sa très belle et très intéressante communication : que l'hallucination soit d'origine affective et qu'elle ne soit qu'une sorte d'effraction émotionnelle dans le domaine de l'intelligence, cela ne me paraît pas s'accorder avec les faits, car enfin s'il y a une psychose affective, c'est bien la mélancolie anxieuse et tout le monde sera d'accord, je crois, pour convenir qu'à moins d'une complication de confusion mentale, ce qui est une autre question, la mélancolie proprement dite ne s'accompagne point d'hallucinations.

J'ai bien entendu aussi que M. Janet, invoquant des opinions américaines, partait du rêve pour interpréter les phénomènes hallucinatoires. J'ai été frappé de l'entendre dire que les perceptions du rêve seraient des perceptions au ralenti, car nous avons tous l'expérience des défilés kaléidoscopiques des rêves à allure très rapide et il nous arrive de sortir de rêves qui nous paraissent avoir tenu un monde de perceptions alors qu'un contrôle

fortuit nous permet de vérifier qu'ils ont tenu en un très court espace de temps.

Je ne suis pas très impressionné par les tendances pragmatiques et sociologiques de la psychologie américaine ; elles me paraissent aboutir à des points de vue assez limités et somme toute assez pauvres. C'est pourquoi je me risque à dire à M. Janet que je ne vois pas bien comment la perception du rêve ou la perception hallucinatoire s'opposerait à la perception normale parce qu'elles ont de plus spécialement social. Elles sont assurément des erreurs par rapport au social, mais elles ne sont pas pour cela plus sociales que les perceptions normales. Si la sociologie contemporaine a, à mon avis, abusé du social dans la psychologie au point que celle-ci lui paraît n'avoir plus de valeur ni d'existence propre, nous devons bien lui concéder cependant qu'avec les perceptions normales nous sommes au plein du social et qu'il est difficile d'admettre qu'elles y sont moins que les perceptions du rêve ou que les hallucinations.

Enfin je répondrai à M. Gouriou, qui faisait appel à l'expérience des médecins de maisons de santé privées, qu'à mon avis la débilité mentale ne favorise pas ou ne permet pas spécialement par elle-même l'apparition des hallucinations. Ce sont bien plus les premiers élèves de Magnan, que Magnan lui-même, qui ont prêté un rôle psychopathogène très exagéré à la débilité mentale.

Celle-ci, et c'est une formule que j'aime à répéter, ne crée que la débilité et rien d'autre. De même qu'elle ne crée pas par elle-même de perversions, de même elle ne crée ni délire, ni hallucinations. Il est remarquable de constater, par contre, combien la plus vive intelligence est impuissante contre l'absurdité du délire et des hallucinations ; comme tout le monde, j'ai vu les gens les plus intelligents et les plus instruits, présenter sous l'influence de la maladie, les conceptions délirantes les plus niaises et les hallucinations les plus absurdes.

Pour en revenir à l'origine et à l'interprétation des hallucinations, plus spécialement des hallucinations auditives, je crois qu'il faut distinguer deux points également importants, l'un physio-organique, l'autre psychologique, dans l'apparition et le développement des hallucinations.

Le premier, c'est le parallélisme constant entre l'altération ou la lésion organique et l'hallucination ; c'est pour moi une loi clinique que sans lésions il n'y a point d'hallucinations. Si cela est vrai, les analogies avec le normal et avec le rêve, perdent toute importance et toute valeur.

Le second point et le plus difficile, celui sur lequel la psychologie reprend tous ses droits, c'est de comprendre comment une altération organique aboutit à des perceptions plus ou moins cohérentes. On comprend bien qu'une altération organique provoque une excitation et que cette excitation aboutisse à un phénomène élémentaire : son, bruit, bourdonnement, sifflement, rumeur, etc... Mais que cette excitation s'exprime en mots, en phrases, et que celles-ci constituent des perceptions et des perceptions riches de social comme le disait tout à l'heure M. Janet, voilà ce qu'il est difficile d'expliquer et ce qui mérite de fixer longtemps la discussion.

M. GUIRAUD. — Je me permets de signaler à M. Simon la grande analogie d'une partie de sa théorie avec les idées de von Monakow et Mourgue. Quand ces auteurs disent que les hallucinations résultent de la pénétration de la sphère des instincts dans la sphère de causalité, ils expriment la même idée que M. Simon.

Je ne crois pas que les hallucinations soient toujours explicables par des sensations réelles déformées. L'observation que vient de présenter M. Trillot en est une preuve puisque sa malade, entièrement aveugle depuis des années, a été atteinte tardivement de nombreuses hallucinations visuelles. Il faut au moins admettre que l'hallucination peut résulter d'une excitation *anormale* des voies sensorielles, depuis la périphérie jusqu'aux centres terminaux.

Quand on a recours à l'introspection, il peut se faire que cette introspection ne coïncide pas avec celle des autres. Pour ma part, je fais une très grande différence entre le fait de me représenter mentalement ce que pourrait me dire un interlocuteur et le fait *d'entendre* réellement quelque chose. Je crois que là encore la qualité esthétique constitue une différence capitale — au moins du point de vue subjectif — entre la représentation et la sensation.

Si je puis me permettre de discuter avant la lecture la théorie que M. P. Janet va exposer dans les *Annales*, je fais remarquer que sans doute un point capital de l'hallucination est bien le défaut d'appropriation à la personnalité, selon l'expression de Ceillier, mais que beaucoup d'autres phénomènes pathologiques sont également inappropriés à la personnalité, par exemple les idées d'influence. A côté de ce caractère commun, la différence spécifique de l'hallucination est bien sa qualité sensorielle.

Enfin, le fait que les délirants interprétants ne font que tout

à fait exceptionnellement des hallucinations, prouve bien qu'il faut autre chose qu'une simple exaltation affective pour être halluciné.

M. E. MINKOWSKI. — La confusion de la discussion dont il vient d'être question paraît imputable, non pas tant aux orateurs qu'au sujet lui-même, les hallucinations étant, en psychopathologie, un des problèmes les plus complexes. Je suis d'accord avec M. Delmas pour dire qu'il y a lieu tout d'abord de bien préciser le phénomène hallucinatoire lui-même. Les différences bien connues entre les hallucinations visuelles et les hallucinations auditives posent déjà, d'une façon particulière pour chacun de ces deux groupes, la question de leur nature. Mais cela dit, il paraît justifié (l'écart entre la vie normale et le fait psychopathique une fois établi) d'essayer de chercher des corrélations possibles entre celui-ci et les manifestations de celle-là. C'est la voie qu'a suivie M. Simon dans sa communication si riche en suggestions psychologiques. Le rapprochement entre le rêve et certaines formes d'hallucinations visuelles peut s'imposer dans ces conditions. Mais le rêve lui-même contient encore un problème non résolu, celui qui a trait justement à l'origine de son caractère esthétique ; nous ne saurions nous y attarder. Quoi qu'il en soit, le rapprochement entre un fait psychopathique et un phénomène de la vie normale une fois fait, se pose à nouveau la question des différences, quant à la tonalité de la place qu'occupe celui-ci dans le psychisme, question qui vient de ce que nous nous trouvons en présence d'un être normal dans un cas et d'un malade dans l'autre. Les rêves se succèdent sans suite apparente et sont considérés comme « rêves » au réveil. De même, les hallucinations chez l'être normal, dont il a été question au cours de la précédente séance, sont épisodiques et ne s'intègrent point au fond mental. Tout autre est le tableau chez les malades qui n'ont pas simplement de ci de là des hallucinations, mais sont des « hallucinés ».

Ce dernier fait — et nous n'avons pas de malades « illusionnés » — nous permet de maintenir, sur le plan phénoménologique, la distinction des hallucinations d'avec les illusions, quand bien même il serait possible — et au fond cela est toujours possible — d'admettre pour les hallucinations la présence de certaines excitations réelles. A ce point de vue, du reste, plus intéressante que la recherche de ces excitations me paraît la théorie des écrans de M. Guiraud, vue sous son angle psychologique, théorie qui place le caractère esthétique en dehors de tout excitant extérieur.

Il y a lieu de souligner que les diverses étapes, mentionnées plus haut, que parcourt notre pensée lorsqu'elle essaie de mieux comprendre un fait psychopathique, sont encore entièrement indépendantes de la question de genèse. Cela est conforme à ce que vient de dire M. Delmas, qui tout en parlant de lésion, admet que, sur le plan psychologique, les manifestations morbides s'établissent de suite très largement pour ainsi dire et débordent d'emblée la lésion. La porte reste ainsi ouverte aux recherches dont nous venons de parler. Ces recherches, en essayant de ramener ces syndromes à des troubles générateurs, projetteront même probablement un jour plus de clarté sur les rapports organo-psychiques.

Pour ce qui est du niveau intellectuel, je ne crois pas non plus qu'il y ait là une différence notable entre les malades de maisons de santé et ceux des asiles, comme je ne crois pas non plus, en accord avec ce qui a été dit à ce sujet, qu'il existe un rapport plus étroit entre la débilité mentale et le fond mental des malades hallucinés, la croyance propre à celui-ci étant entièrement distincte de la simple crédulité.

M. COURBON. — Il n'y a aucun rapport entre le niveau mental d'un halluciné ou d'un délirant et l'intensité de sa foi en son délire ou en ses hallucinations, quelque absurdes que puissent être les idées exprimées par ce délire ou ces hallucinations. La preuve en est fournie par maints exemples pris aussi bien dans la clientèle indigente des asiles publics que dans celle opulente des maisons de santé privées. En voici un exemple dont notre collègue, le professeur Blondel, garantirait l'authenticité, s'il était là, car il le connaît aussi bien que moi. C'est le cas de la femme qui, à mon arrivée à Stephansfeld après la guerre, était le seul être de la population féminine, y compris les religieuses et les infirmières, sachant le français. Elle le connaissait d'ailleurs aussi parfaitement que l'allemand.

Elle avait une quarantaine d'années, avait été institutrice à Strasbourg, possédait une très solide instruction en toutes branches et avait été notée par ses supérieurs dans l'enseignement comme un sujet d'élite. Elle était internée depuis une dizaine d'années. Aussi en fis-je ma secrétaire. Le zèle et l'intelligence avec lesquels elle recopiait mes rapports médico-légaux et mes articles étaient si grands que bientôt, sur sa demande, je lui prêtai des livres d'anatomie, de physiologie et de psychologie. Elle acquit rapidement une connaissance assez grande du système nerveux pour construire avec du carton, de la colle, des fils

multicolores et des aiguilles un schéma du cerveau et de ses fibres avec leurs décussations, schéma sur lequel elle expliquait le fonctionnement moteur et sensitif avec une précision qu'admirèrent les nombreux neurologistes à qui je l'ai montrée. Elle catalogua et classa avec un ordre très judicieux pour ma bibliothèque particulière, dans des cartons spéciaux, toutes les brochures aberrantes que jusqu'à ce jour j'entassais dans des caisses. Elle commentait et critiquait finement, comme pourrait l'attester notre collègue Bauer, alors mon interne, les textes que je lui donnais à copier. Elle faisait d'excellentes traductions, etc.

Eh bien, cette femme, d'intelligence supérieure, avait un délire d'une absurdité immense, plein de contradictions et d'invéraisemblances auquel elle croyait opiniâtement. Son village natal était le paradis terrestre. Son père légal qu'elle avait chéri jusque vers 20 ans, l'en avait arrachée ; aussi le recevait-elle à coups de bâton quand il venait la voir à l'asile. Elle exigeait qu'on l'appelât Willelmine, parce que sœur du Kayser, qui malgré l'instauration en Alsace de la République française qu'elle acclamait et malgré le refoulement au delà du Rhin des Allemands qu'elle haïssait, continuait à vivre dans le Kayserpalast de Strasbourg, où il faisait bon ménage avec le Haut-Commissaire français. La sœur de l'infirmerie, Marcus, était une sorcière dont le crâne avait ébréché une hache tant il est dur, sorcière par laquelle, elle-même Willelmine, avait été brûlée dans la cheminée, peu de temps après le début de son internement, etc.

Quand on l'interrogeait sur son délire ou qu'on essayait de le discuter, elle devenait tremblante, vultueuse, perdait la sérénité et la lucidité de ses raisonnements, mais maintenait avec acharnement sa foi entière en la réalité des événements incohérents et invraisemblables dont il était constitué.

M. Pierre JANET. — Il ne faut pas confondre en effet la débilité ou insuffisance mentale avec l'insuffisance de tension psychologique. L'halluciné délirant manque de tension psychologique mais peut fort bien être très intelligent.

M. Th. SIMON. — Je ne me sens pas en mesure de répondre ainsi immédiatement au pied levé à toutes les remarques fort intéressantes qui viennent d'être faites. Je n'en retiendrai donc que quelques-unes.

En premier lieu, que M. Gouriou me permette de lui dire que niveau mental et délire sont choses tout à fait indépendantes,

du moins à mon avis ; et je lui donnerai un argument qui m'a toujours paru très frappant : j'avais à la Colonie de Perray-Vaucluse environ 300 sujets imbéciles et débiles ; je n'en ai jamais vu devenir délirants. La débilité mentale ne me semble donc pas prédisposer à l'aliénation. Nous sommes en le croyant quand nous sommes à la tête d'un service d'aliénés, victimes de plusieurs illusions et notamment du fait que les productions du délire sont le plus souvent d'ordre très inférieur.

Par ailleurs, il va de soi que je suis entièrement d'accord avec M. Janet pour la distinction à faire entre les illusions et les hallucinations. On verra d'ailleurs que je l'ai indiqué d'un mot et la production psychologique dans l'hallucination est évidemment d'une richesse tout autre. Quant à l'attribution à autrui d'intentions particulières, ce qu'en langage d'aliéniste nous appelons interprétations délirantes, c'est là précisément, je pense à ce sujet comme M. Janet, un de ces phénomènes de transition qui ne permettent pas d'envisager l'hallucination d'une façon isolée alors qu'on veut la comprendre.

Et quand M. Guiraud fait à la théorie que j'ai émise cette objection qu'un persécuté peut ne faire qu'un délire d'interprétation malgré une attitude générale d'appréhension, je serais assez d'avis qu'il faut ne voir là qu'un exemple particulier d'une forme plus simple dans un type d'affection où plusieurs variétés peuvent être distinguées.

Enfin, M. Delmas estime qu'une lésion est toujours à supposer dans les formes hallucinatoires. Dois-je lui dire qu'en rapprochant l'hallucination du rêve mon intention était précisément de faire ressortir que des phénomènes de type hallucinatoire peuvent surgir sans lésion ?

Hallucinations visuelles différenciées, survenues tardivement chez une femme atteinte de cécité depuis plus de vingt ans, par MM. J. TRILLOT et CARLET-SOULAGES (d'Albi).

Les hallucinations visuelles ont été depuis quelques années l'objet de nombreux travaux présentés à la Société Médico-Psychologique. En particulier, les hallucinations visuelles des ophtalmopathes ont été étudiées par de nombreux médecins aliénistes et ophtalmologistes et parmi les publications des Annales de la Société, nous signalerons celles de MM. Claude, Baruk et Vervaek, Targowla et Picard, Balvet, Brunerie et Coche, Lhermitte et de Ajuriaguerra (avec bibliographie) et Daumézou.

Nous avons eu récemment l'occasion d'examiner une femme de 77 ans, sans affaiblissement psychique du moins marqué, atteinte de cécité totale depuis 21 ans et qui, depuis quelque 4 ans, présente des hallucinations visuelles. Nous avons cru intéressant de vous présenter cette observation relevée par un psychiatre et un ophtalmologiste.

OBSERVATION. — Mlle P., une vieille demoiselle aveugle, âgée de 77 ans, ancienne receveuse des Postes, est entrée depuis quelques années dans une maison de repos d'Albi.

Elle fit appeler, en avril dernier, l'un de nous pour la délivrer des hallucinations visuelles incessantes qu'elle présente depuis octobre 1933.

De constitution faible, depuis sa première jeunesse, selon ses déclarations, sa vue aurait toujours été faible, elle ne voyait pas de loin comme les autres personnes. Vers l'âge de 50 ans, elle présenta pour la première fois des troubles graves de la vision : « Je voyais trois têtes pour une, dit-elle, trois lignes superposées au lieu d'une. » Le docteur Terson, de Toulouse, diagnostiqua un décollement rétinien de l'œil droit et la traita « par l'électricité ». Au bout de 15 jours, elle fut guérie. Mais quelques semaines plus tard, brusquement, elle ressentit comme « si on lui avait piqué l'œil avec une aiguille, une faiblesse d'une seconde » et son œil droit cessa de voir. Le docteur Terson se déclara impuissant et lui conseilla de ménager l'œil gauche. Elle put continuer à remplir ses fonctions de receveuse des postes, en se faisant aider par une auxiliaire. Mais la guerre éclata et des instructions nouvelles arrivaient chaque jour, qu'elle devait étudier par elle-même ; sa vue, déjà faible de l'œil gauche, alla en diminuant ; elle eut des migraines. En 1916, elle cessa de voir d'une façon définitive et totale. Pensant à un décollement rétinien de l'œil gauche et devant l'insuccès de la thérapeutique sur son œil droit, elle ne voulut pas se faire soigner. Cette cécité persista et persiste encore ; la malade ne perçoit aucune sensation lumineuse, ne peut dire s'il est jour ou s'il est nuit. Lors de l'examen ophtalmologique pratiqué le 29 mai 1934, cependant, Mlle P. déclara voir « une clarté », mais il ne s'agit pas d'une perception irréaliste, car elle affirme ne plus voir cette clarté, ou la voir moins intense lorsque la lampe d'examen est dirigée sur ses yeux.

En 1931, elle consulta un de nos confrères, le docteur Bonpunt, ophtalmologiste d'Albi, qui constata la présence d'un glaucome de l'œil droit et lui prescrivit des instillations de gouttes dont la nature lui est inconnue.

Mlle P. supportait avec résignation sa cécité, quand brusquement, en octobre 1933, elle présente des hallucinations visuelles, *immédiatement différenciées* ; elle n'eut pas de ces visions de lueurs, de fumée, de points lumineux, d'ombres, si fréquentes chez les ophtal-

mopathes, tout au moins au début de l'affection et les déclarations formelles de la malade sont confirmées par l'entourage. Elle commença par voir des montagnes de neige, en plein été, et des moutons qui sautaient sur cette neige ; puis, rapidement, elle vit des fantômes indistincts, « des formes noires et des formes blanches », sans grand détail, représentant des hommes, des femmes, des enfants ; elle vit des femmes de mauvaise vie qui la faisaient souffrir, des hommes qui venaient lui mettre des vers dans son potage. Actuellement, elle voit « de tout », des êtres humains, des animaux, et, principalement, des serpents gros comme des hommes, des scènes d'incendie, etc., etc. Ces visions ont un relief, une étendue spatiale ; elles sont mobiles, se déplacent dans la chambre qui s'agrandit pour permettre les évolutions des personnages. Au cours de l'un des examens, elle voit des régiments d'hommes noirs qui défilent au pas de gymnastique ; puis ce sont des vaches et des moutons, des hommes que portent ces animaux sur des charrettes. Souvent, lorsqu'elle est à table, elle voit des hommes, des serpents qui viennent manger dans son assiette, toucher à son pain et elle repousse ses aliments ainsi souillés.

Ces scènes se succèdent rapidement, chacune s'évanouissant pour laisser place à la suivante, comme dans un music-hall. La chambre devient une église où l'on célèbre des cérémonies « de toute sorte, de toute religion ».

Parfois, devant ses yeux, se déroulent des scènes effrayantes, dignes du grand Guignol. « Un jour, dit-elle, je voyais des enfants jouer autour de moi, je voulais les toucher, les caresser, lorsque, tout à coup, apparurent des hommes noirs qui les égorgèrent. »

Elle voit, parfois, des flammes de couleur, les flammes rouges indiquent que la chambre est en feu, les flammes bleues que l'incendie ne peut éclater. Mais, le plus souvent, les visions sont noires et blanches.

Durant la dernière séance d'examen, elle se met à promener ses yeux autour d'elle et dit : « Je vois la terre se soulever ; voilà des hommes qui portent d'autres hommes, tout un chargement ; ils passent derrière moi et disparaissent dans un trou. »

Toutes ces scènes enfin sont muettes et silencieuses ; les personnages ne parlent pas et ne font aucun bruit ; elle ne ressent aucune impression tactile, et, si elle veut toucher l'un de ces êtres, elle trouve le vide devant elle, non parce qu'il se dérobe mais « parce qu'il est immatériel, qu'il n'existe pas », dit-elle. En effet, Mlle P. ne croit pas tout au moins d'une façon absolue à la réalité de ses visions. Si, parfois, elle est angoissée par les scènes terrifiantes, si elle éprouve le besoin de chasser les êtres qui l'approchent, de leur crier : « Allez-vous en », de les insulter et une fois même de lancer contre eux son couteau, sa raison lui fait comprendre qu'il n'y a rien, qu'elle ne peut rien voir puisqu'elle est aveugle et elle sourit de ses réactions.

En général, elle attribue ses visions à sa faiblesse physique et « pourtant, avoue-t-elle, parfois, je me demande s'il n'y a pas quelque chose là-dessous. Ce n'est pas de la sorcellerie ; si je me dis parfois que c'est de la magie, je n'y crois pas et je ne vois pas, d'ailleurs, qui pourrait me faire cela ».

Hormis ces hallucinations visuelles, l'examen mental est négatif. Aucun affaiblissement intellectuel n'est appréciable chez cette personne assez instruite, correctement vêtue, bien orientée, s'exprimant avec aisance, aimant à plaisanter, disant ainsi à l'un de nous qui l'emmenait en automobile se faire examiner les yeux : « Attention, docteur, n'allez pas trop vite, ce serait un grand malheur si vous veniez à causer la mort d'une aussi belle jeune fille que moi. » La mémoire est satisfaisante, le jugement et l'auto-critique sont parfaitement conservés. Certes, elle ne critique pas toujours ses visions, n'en est-il pas de même de nombreux spectateurs du Grand Guignol qui vivent avec effroi les scènes dramatiques de ce théâtre ?

Mlle P. n'est pas suggestible ; il est impossible de lui suggérer des scènes hallucinatoires, elle-même ne peut à son gré faire apparaître le spectacle qu'elle voudrait voir ; elle ne peut, par exemple, faire revivre devant elle telle ou telle scène de sa vie.

Au point de vue affectif, en dehors de l'angoisse causée par les scènes terrifiantes, elle n'est pas déprimée d'une façon exagérée, ni irritable. L'examen physique révèle : Absence de troubles neurologiques à part une quasi-abolition des réflexes tendineux. Aucun signe de la série hypothalamique, pas d'hypersomnie, pas de polyphagie, pas de polydypsie, pas de polyurie.

Le cœur est normal ; la tension artérielle évaluée au Vaquez est de Max 18 — Min 10. Le pouls est régulier, 80 pulsations à la minute. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht dans le sang sont négatives. L'urée sanguine est de 0 gr. 34 par litre de sérum.

L'examen ophtalmologique pratiqué le 29 mai 1937 a donné les résultats suivants :

Œil droit : Pupille immobile en mydriase ; cristallin transparent ; décollement total de la rétine visible ; vision nulle.

Œil gauche : Cataracte pathologique ; séclusion pupillaire ; œil mou ; décollement rétinien ancien non visible mais très probable ; vision nulle.

Secousses nystagmiformes des deux globes oculaires.

Notons enfin que, durant le transport en automobile, aussi bien que dans le cabinet d'examen ophtalmologique, Mlle P. affirma ne plus avoir de visions et voir simplement cette clarté paradoxale signalée plus haut, mais à peine revenue à la Maison de repos, elle recommença à avoir des visions. Bien qu'elle prétende que ces hallucinations visuelles se manifestent surtout lors des changements de saison, le personnel de la Maison de santé affirme qu'elle est constamment hallucinée.

En résumé, nous nous trouvons devant une malade aveugle qui présente des hallucinations visuelles conscientes. L'examen neurologique ne révèle pas de lésions des voies optiques centrales.

L'absence de thème délirant, de symptômes confusionnels et toxiques, la croyance, tout au moins pour une grande part, dans le caractère pathologique de ces hallucinations semblent permettre de rapporter ces troubles psycho-sensoriels à un état d'hallucinoïse, bien que les caractères de coloration manquent. L'âge de la malade, sa lucidité viennent appuyer ce diagnostic.

Nous avons pris soin de vous rapporter scrupuleusement le récit de notre malade, et nous vous le livrons afin d'obtenir de vous les explications pathogéniques que vous inspirera cette observation.

Il est curieux de constater que ces hallucinations sont apparues 17 ans après l'installation de la cécité complète, d'une façon subite, sans aucune cause pathologique apparente. Ceci témoigne de la pathogénie complexe, des hallucinations ; certes, on ne peut nier l'influence de la lésion oculaire bilatérale ; elle a pu être le point de départ de sensations anormales, auxquelles la malade ne prête peut-être pas d'attention particulière ou dont le souvenir ne lui est pas resté. Mais cette esthésie, à elle seule, n'a pu créer l'hallucination ; il a pu se développer chez notre malade une prédisposition particulière, une aptitude à l'hallucination, soit à la faveur de la sénilité, soit à la faveur d'une légère auto-intoxication ou infection si fréquente chez les vieillards, mais assez bénigne chez Mlle P. pour passer inaperçue de l'entourage, soit pour toute autre raison. Enfin, comme dans toutes les observations publiées sur les hallucinations des ophtalmopathes, il s'agit, encore une fois, d'une femme.

BIBLIOGRAPHIE

- CLAUDE, BARUK et VAVACEK. — *Ann. Méd.-Psych.*, t. I, 1927.
TARGOWLA et PICARD. — *Ann. Méd.-Psych.*, t. I, fév. 1928, p. 136.
BALVET (P.). — Hallucinations visuelles du type hypnagogique chez une femme de 73 ans, atteinte de glaucome bilatéral. *Ann. Méd.-Psych.*, 1935, t. I, p. 518.
BRUNERIE et COCHE. — Sur trois cas d'hallucinations visuelles chez des cataractés. *Ann. Méd.-Psych.*, t. I, 1936, p. 166.
LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA. — Hallucinations visuelles et lésions de l'appareil visuel et discussion (bibliographie). *Ann. Méd.-Psych.*, t. I, 1936, p. 232-321.
DAUMÉZON. — Hallucinations visuelles conscientes et transitoires. *Ann. Méd.-Psych.*, t. I, 1936, p. 257.

M. HENRI CLAUDE. — L'intermittence des hallucinations de cette malade, qui n'en a pas lorsque son attention est occupée par la conversation ou la promenade, prouve le rôle que joue l'attention dans le phénomène hallucinatoire. Les hallucinations visuelles de cette femme, atteinte depuis de nombreuses années de cécité, sont en rapport avec un état organique du cerveau comparable à celui des hypertendus intracrâniens, qui ont de l'atrophie optique. Mais les hallucinations des psychopathes délirants chroniques sont différentes.

M. BRISSOT. — Ce cas présente pour la vue, ce que présentait pour l'ouïe le cas publié jadis par Sérieux et Mignot d'un paralytique général atteint tantôt de surdité verbale, tantôt d'hallucinations auditives verbales et chez lequel ils trouvèrent à l'autopsie des lésions dans la zone de Wernicke. Ils publièrent cette observation il y a de très nombreuses années dans la *Revue neurologique*.

M. NAYRAC. — J'ai fait la même observation que ces auteurs, sur une malade qui était atteinte non de paralysie générale, mais de délire hallucinatoire chronique. Chez elle, il y avait non pas alternative, mais coexistence constante d'hallucinations auditives et de surdité verbale pure.

M. GUIRAUD. — Il est exact qu'un certain nombre de malades atteints de lésions en foyer présentent des hallucinations conscientes ou des hallucinoses selon la terminologie de H. Claude et H. Ey. Mais il faut remarquer qu'assez souvent quand la maladie se prolonge, les malades croient à la réalité de leurs hallucinations et d'une manière définitive, ce qui les transforme en véritables délirants chroniques. Ici même, M. Targowla a présenté l'observation d'un malade atteint d'hallucinose visuelle et qui a évolué en véritable délirant. J'ai observé un malade atteint de mastoïdite qui, après des hallucinations auditives conscientes, a fait un délire incohérent avec de nombreuses hallucinations auditives. De plus, dans nombre de cas, chez les malades atteints de grosses lésions organiques (tumeurs, syphilis, sclérose en plaques), il s'agit d'emblée de véritables hallucinations. Je répète que je ne crois pas cependant que l'hallucination verbale soit un phénomène primitif dans le délire.

La surface et le volume de l'écorce cérébrale,
par MM. P. NAYRAC et G. FOURNIER.

Tout le monde admet que c'est dans le cerveau qu'on pourra trouver une base physique mesurable de l'intelligence, si elle existe. Il nous a paru intéressant de rechercher dans quelle mesure l'appréciation de la surface du cerveau peut nous aider dans cette recherche, en utilisant la technique présentée par l'un de nous à la *Société de Biologie*.

Chez l'Homme normal, on a en moyenne :

Surface vraie (cortex supposé déplié) = 1.930 cm².

Surface apparente = 730 cm².

On peut enfin définir un *coefficient de plissement*, rapport de la surface vraie à la surface apparente. Chez l'Homme normal, il est en moyenne de 2,65.

**

Dans les arriérations mentales, nous avons obtenu les résultats suivants :

	Surface vraie	Surface apparente	Coefficient de pl.
Débilité mentale ♂	1.663 cm ²	668	2,5
Débilité mentale ♀	1.656	677	2,4
Débilité mentale ♀	1.610	700	2,3
Imbécillité ♂	1.308	526	2,5
Idiotie ♂	1.264	644	2,0

On voit par ce tableau que dans tous les états d'arriération la surface vraie du cerveau est nettement abaissée, et cela d'autant plus que l'arriération est plus profonde.

Cette diminution de la surface cérébrale peut être liée à deux types de modifications : soit à un abaissement sensiblement proportionnel de la surface apparente, le coefficient de plissement restant voisin de la normale ; soit encore à un abaissement important du coefficient de plissement, la surface apparente n'ayant pas subi l'amointrissement dans la même proportion que la surface vraie.

Cette diminution de la surface vraie du cerveau, constante chez les arriérés, confirme numériquement un fait pressenti

depuis longtemps. Elle peut avoir éventuellement une importance médico-légale : si à l'autopsie d'un sujet adulte on trouve une surface cérébrale vraie de l'ordre de 1.300 cm^2 par exemple, on peut penser qu'il s'agit du cadavre d'un arriéré.

En résumé, chez l'homme adulte, la surface vraie du cerveau constitue une base physique mesurable de l'intelligence.

M. GOURIOU. — La communication de M. Nayrac, allie, comme le veut Pascal, l'esprit géométrique à l'esprit de finesse. Mais je n'ai pas une confiance absolue en sa méthode. Et je trouve peu conforme à la réalité, l'échelle intellectuelle qu'elle obtient entre les animaux.

A vrai dire, un anatomiste mesure à l'œil les différences de cerveaux entre un idiot et un homme dont le développement intellectuel fut normal. Ce sont les systèmes sensoriels qu'il faudrait pouvoir mesurer, car chez tel animal comme le chien, c'est l'odorat, chez tel autre comme le corbeau c'est la vue qui sont à la base de l'intelligence.

Au surplus, ce n'est pas le poids, mais le dynamisme du cerveau, dynamisme dont la condition est peut-être chimique, qu'il faudrait étudier. J'aurais une tendance à penser que le rôle de la myéline est très important.

M. NAYRAC. — Je n'ai pas la prétention d'arriver par ma méthode à des résultats absolus. Mais pour relatifs qu'ils soient, les résultats obtenus par elle sont moins sujets à erreur que ceux fournis par d'autres méthodes, ainsi qu'on pourra s'en rendre compte par la lecture d'un article plus détaillé, qui paraîtra dans les *Annales Médico-Psychologiques* sur la question.

L'avantage du curvimètre sur les analyses chimiques de la substance cérébrale réside dans la rapidité avec laquelle celui qui le manie peut reconnaître ses erreurs, tandis qu'il faut longtemps aux chimistes pour constater les leurs.

M. René CHARPENTIER. — Je remercie M. Nayrac de cette importante contribution à l'anatomie comparée du système nerveux. Ne jugerait-il pas intéressant de mesurer le rapport entre les surfaces de l'écorce et le volume total du cerveau ?

M. NAYRAC. — C'est aussi ce que propose M. Leboucq et j'ai l'intention de le faire. J'ai voulu seulement aujourd'hui apporter les premiers résultats obtenus.

Délire aigu survenu un mois après les vaccinations antityphique et jennérienne, chez un jeune soldat, et se terminant par la mort. Demande de pension par les ascendants, par M. J. TRILLOT (d'Albi).

Le Tribunal des Pensions militaires du département du Tarn vient de me commettre comme expert dans une demande de pension d'ascendants formulée par M. et Mme F., après le décès de leur fils, le soldat René F., mort à l'asile de Font-d'Aurelle, le 7 juillet 1935 « des suites de délire aigu. Septicémie ». (Certificat du D^r Pagès, médecin-chef de l'asile). Le mandat d'expert comporte les réponses à 7 questions, parmi lesquelles les 2 dernières sont les plus délicates à résoudre :

Dire :

6° S'il n'est pas décédé des suites de psychose encéphalitique d'origine infectieuse.

7° Si tous les symptômes recueillis n'établissent pas que l'infection est due à la vaccination antityphoïdique (bonne santé avant les piqûres, manifestation, dès après la vaccination, nature des troubles, absence de tuberculose).

C'est ce double problème étiologique et médico-légal que je viens vous soumettre.

Voici les faits tels qu'ils ressortent de l'examen du dossier :

Le jeune F., né le 19 mai 1914, contracta, le 23 avril 1935, un engagement spécial dit de devancement d'appel au titre du 4^e Bataillon de l'Air ; il fut incorporé le 24 avril 1935 et effectua son instruction militaire sans gêne, ni fatigue apparentes.

Comme à tous ses camarades, on lui fit les vaccinations suivantes :

1° Vaccination jennérienne, le 6 mai 1935, avec succès.

2° Vaccination antitypho-paratyphique, le 29 avril 1935.

» » T. AB Chauffé 0,75, le 6 mai 1935.

» » T. AB Chauffé 1,25.

Le 5 juin 1935, il est exempté de service pour rhume.

Il part le 8 juin en permission et se rend à Castres dans sa famille, après la visite médicale habituelle ; en arrivant chez lui, il tombe malade ainsi que le constate le D^r Guilhamon, de Castres, qui est appelé auprès de lui le 9 juin. Le 10 juin, F. entre à l'hôpital de Castres ; le 13, il est évacué sur l'hôpital de Montpellier.

L'observation médicale du malade, qui figure dans le dossier militaire, indique que F. René est entré avec le diagnostic : Troubles mentaux, congestion cérébrale avec méningite tuberculeuse ; d'après les renseignements recueillis au moment de son admission, il aurait

présenté auparavant quelques troubles psychiques : amnésie, phobies et idées de persécution (on lui aurait volé de l'argent, il aurait été l'objet de brimades à la caserne, faits reconnus inexacts par l'enquête. On l'aurait intoxiqué avec un plat de macaroni). Le 11 juin, agitation suivie de prostration, c'est alors qu'il entra dans le service du D^r Euzière.

A l'arrivée, indique l'observation : « Allure de pithiatique, il refuse de répondre aux questions posées mais exécute les ordres qu'on lui donne.

Légère raideur musculaire, fixité dans l'attitude rappelant certains catatoniques. Absence de Kernig. Examen du liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,25 ; chlorures, 7,74 ; Bordet-Wassermann négatif ; cytologie moins d'un leucocyte au mm³ ; température, 38°. Les hémocultures sur bile et sur bouillon seront négatives. Refus d'aliment.

Traitement : septicémine intra-veineuse, sérum glucosé.

Le 13 juin : Même état, attitude catatonique. Réflexes patellaires diminués.

Le 15 juin : La température a baissé. Le malade présente toujours du mutisme, exécute cependant les actes qu'on lui commande. Absence de Kernig. Mobilité normale. Réflexes rotuliens et achilléens diminués. Pupilles égales, dilatées, réagissant bien à la lumière.

16 et 17 juin : Même état, mais réactions violentes lorsqu'on s'approche de lui et qu'on veut l'alimenter.

18 et 19 juin : Aucune amélioration. Impulsions de plus en plus violentes. L'internement est décidé.

Un bulletin de santé, adressé au père, qui me le remit, daté du 26 juin 1935, indique : « Symptômes de psychose encéphalitique d'origine infectieuse probable. »

Le 7 juillet : Le malade meurt à l'asile.

Le père, revendicateur s'il en est un, avait, dès le début de la maladie de son fils, écrit aux officiers des lettres dans lesquelles, tout en affirmant son respect pour l'armée et les chefs, protestait en termes virulents contre « les bandits de sa chambrée qui ont intoxiqué le petit en lui versant quelque chose dans sa boisson ou dans les aliments », se basant, en cela, sur les déclarations délirantes du malade « qui, dans ses moments, l'a dit ». — « Il a eu des moments d'inconscience, d'hébétéité pendant lesquels — et *retenez ce fait* — ces bandits lui ont barboté l'argent qu'il avait, pendant lesquels aussi ses caporaux abusaient de lui et ses camarades de chambrée le traitaient en singe. Imbéciles !! Je veux que ces bandits soient punis. J'y ai droit... La maladie n'est pas naturelle, les faits sont là, lucidité et inconscience durant le même temps, le vol et l'*imbécillité* des caporaux et camarades de chambrée... C'est une intoxication non due aux aliments de la caserne, mais à un attentat criminel. Le cerveau est pris » (extraits de la lettre du 11 juin 1935, adressée au Commandant, par le père).

Le Commandant répondit à cette lettre, et, d'après son enquête, indique ces quelques renseignements : « Très bon soldat, n'a jamais été l'objet de brimade. F. n'a jamais porté plainte contre vol. A partir du 1^{er} juin, s'est mis à écrire beaucoup. »

M. F., père, affirme au Dr Euzière que la maladie de René est due à une intoxication et qu'un de ses camarades, parti en même temps que lui en permission, aurait été atteint de troubles mentaux avec fugue, mais il ne précisera pas le nom de ce camarade de son fils lorsqu'on le pressera de le dire.

Dans sa lettre du 5 août, le père accuse la vaccination antityphique d'avoir causé la mort de son fils, il proteste contre cette erreur de l'autorité militaire que « pour préserver d'un mal qui n'existe pas (d'un mal imaginaire, car, enfin, dans les villes, dans les usines, enfin partout, la fièvre typhoïde peut se déclarer et personne ne se fait piquer) fait des victimes dans toutes les garnisons ».

Le 2 septembre 1935, les parents de René F. demandent au Ministre une pension d'ascendants à la suite du décès de leur fils, mort des suites de : « Sang empoisonné par les piqûres antityphoïdiques. »

L'autorité militaire, défenderesse, soutient que l'on ne peut « imputer aux fatigues du service, qui a été pour F. très réduit puisqu'il a exactement 44 jours de présence au corps, la maladie dont il est mort », mais se basant sur les renseignements fournis par un soldat, et faisant toutes réserves sur ces renseignements, elle estime qu'on doit rechercher dans l'hérédité l'origine du mal (mère neurasthénique, un frère mort dans des conditions identiques). Elle repousse enfin l'hypothèse d'une maladie due à la vaccination antityphique.

La demande de pension n'est pas accueillie par le Ministère des Pensions comme non imputable au service, au titre de la loi du 28-2-36, art. 72, la preuve de l'imputabilité n'étant pas établie. M. F., père, ne se tient pas pour battu et adresse un recours régulier contre la décision ministérielle, au Tribunal des Pensions du Tarn.

L'Intendant militaire oppose cet argument, discutable à mon avis, « Attendu que, sans qu'il soit besoin d'examiner s'il existe des cas où la vaccination antityphoïdique a pu produire de pareilles manifestations morbides, il est clair que chez le sieur F., dès lors que la dernière vaccination pratiquée le 5 mai 1935 remontait à plus d'un mois lors du début des troubles mentaux, l'hypothèse ne peut être retenue ».

Il est difficile de parler d'un malade que l'on n'a pas examiné, et pourtant le Tribunal, dans le cas présent, me demande une réponse ferme. Je me suis adressé au médecin de l'asile de Font-d'Aurelle, le Dr Pagès, qui a bien voulu me donner confidentiellement son opinion. Nous ne sommes plus devant un Tribunal et c'est pourquoi je me permets de citer ce passage de la réponse du

D^r Pagès : « Le malade présentait un syndrome délirant hallucinatoire aigu avec confusion mentale, fièvre, glycorrachie = 0,75. Urée sanguine peu élevée. Selon toutes probabilités, il y avait relation entre ces troubles encéphalitiques infectieux, et les vaccinations antérieures. J'ai eu d'ailleurs dans mon service des cas analogues. »

Et de fait, tout concorde à montrer qu'avant son départ au régiment, F. René était en bonne santé. Une attestation des Assurances sociales indique que du 1^{er} juillet 1932, date de son affiliation, jusqu'à son départ au régiment, il n'avait reçu aucune prestation au titre maladie ; des camarades témoignent de sa bonne santé antérieure à l'incorporation, des soldats de son régiment affirment qu'au début, il était bon camarade et très gai ; mais qu'à la suite des piqûres, il avait changé, était devenu taciturne, qu'à certains moments il paraissait perdu ; la veille de son départ en permission il était malade, avait la langue chargée, « mais la visite médicale dite visite permissionnaire avait été si rapide que le major n'avait rien vu » ; et ces détails donnés par des camarades de régiment, libérés depuis un an, retournés dans leurs foyers dans des départements différents, détails tous concordants, doivent être reconnus comme ayant une valeur. Le soldat qui avait parlé d'hérédité se rétracte et affirme qu'il ne s'agissait que de « on dit », qui auraient dû être vérifiés. Enfin, le Maire de la commune de M., où habitèrent les parents de F. pendant 40 ans, certifie que « cette famille n'a jamais eu de tares physiques ou mentales ».

Donc, F. René était bien portant avant son incorporation et au début ; ce n'est qu'après les vaccinations antityphoïdique et jennérienne qu'il présenta des troubles mentaux. Tristesse, préoccupations, graphorrhée, malaises, asthénie physique qu'il cacha à ses chefs, dans la crainte de ne pas profiter de la permission.

A quelle étiologie doit-on rattacher les troubles qui entraînèrent la mort de René F. ?

La sobriété de ce soldat, reconnue par tous, permet d'éliminer une psychose aiguë alcoolique.

Cet état confusionnel ne peut être considéré comme un syndrome survenu au cours ou au début d'une maladie infectieuse (typhoïde, pneumonie, grippe, érysipèle, rhumatisme infectieux), puisqu'aucun signe de ces infections ne fut constaté.

Doit-on retenir l'hypothèse d'un état confusionnel suraigu survenant chez un malade vacciné.

L'encéphalite post-vaccinale signalée en France pour la pre-

mière fois par Comby, est un accident rare, surtout constaté en Hollande, et en Angleterre ; elle se manifeste le plus souvent chez les primo-vaccinés à vaccination tardive, elle frappe les enfants de 4 à 15 ans ; elle débute du 9^e au 13^e jour après la vaccination. Le début est brusque avec fièvre élevée, avec signes méningitiques parfois, des signes d'agitation motrice assez fréquents ; myoclonies, convulsions épileptiformes ou tétaniformes. Parfois on y rencontre des symptômes de paralysie ; le mésocéphale peut être lésé : paralysie oculaire légère, somnolence ; liquide céphalo-rachidien ; lymphocytose considérable. Mort dans 40 % des cas. Cette description classique semble écarter l'hypothèse d'une encéphalite post-vaccinale chez René F.

La vaccination antitypho-paratyphique est-elle capable de déclancher un syndrome de confusion mentale suraiguë ? Souques a rapporté un cas de confusion mentale consécutif et semblant imputable à la vaccination antityphique, signalé dans une revue générale de Sézary sur les rares complications de la vaccination antityphique. Dans le cas que je vous rapporte, en faveur, de cette étiologie, plaident deux ordres de faits :

1° La bonne santé évidente de René F. au moment de son incorporation ;

2° L'apparition des troubles mentaux légers, des malaises, de l'asthénie générale, relatés plus haut, consécutivement à la vaccination. Ces troubles légers ne constituent-ils pas les prodromes fréquents des états infectieux, au début, avant que soit constitué le tableau de la confusion ou du délire aigu ?

Mais il n'y a là que des présomptions et c'est pourquoi j'ai tenu à rapporter à mes collègues cette observation afin de connaître leur opinion sur l'étiologie des troubles mentaux et généraux de René F. et sur les causes de sa mort.

M. BRISSOT. — En l'absence de MM. Pommé et Fribourg-Blanc, mieux qualifiés que moi pour donner un avis, j'estime que les parents ont droit à une pension : 1° si les troubles mentaux ont débuté assez rapidement après la vaccination ; 2° si l'observation de l'état antérieur ne décèle chez le sujet aucun trouble psychopathique. Et encore doit-on faire des réserves sur l'interprétation que je donne.

La séance est levée à 18 h. 30.

Le Secrétaire général,
Paul COURBON.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 3 Juin 1937

Présidence : M. BARRÉ, président

Sur une variété particulière d'hypertension artérielle, à propos de la forme clinique isolée par Puech, par M. J. DEREUX (de Lille).

L'auteur, rappelant les observations de MM. Puech et J.-E. Thiéry, est d'avis qu'elles sont à intégrer dans le cadre général de l'hypertension artérielle, compliquée d'hypertension intra-cranienne.

Certaines hypertensions artérielles, que l'auteur propose d'appeler *pseudo-tumorales*, se compliquent plus ou moins soudainement d'hypertension intra-cranienne. Cette complication peut survenir, quelle que soit la forme que revêt l'hypertension artérielle, qu'elle soit bénigne ou maligne.

Les causes de cette complication sont diverses : tantôt on a à faire à une encéphalite avec méningite séreuse prédominant ou non dans la fosse postérieure (cas de Puech) ; tantôt il s'agit d'œdème méningo-encéphalique ; tantôt il s'agit de troubles humoraux ou du système endocrino-neuro-végétatif.

La thérapeutique consistera en ponctions lombaires répétées — peu efficaces —, en injections hypertoniques, et, si ces divers moyens échouent, en une trépanation décompressive.

Discussion. — M. ALAJOUANINE pense que tout le monde est d'accord sur l'utilité d'une intervention chirurgicale dans ces cas ; mais il désire souligner que les suites de l'intervention chirurgicale ne sont pas toujours satisfaisantes ; dans le cas qu'il a rapporté, l'amélioration ne fut que passagère. En outre, il désire préciser un second point important : les phénomènes d'œdème cérébral ne peuvent être rapprochés des cas de Puech, car ce sont des phénomènes paroxystiques.

P. PUECH souligne qu'il faut distinguer les cas où il y a un syndrome d'hypertension intra-cranienne et ceux où existe un syndrome de la fosse cérébrale postérieure.

M. DEREUX considère qu'à côté de l'œdème cérébral paroxystique peut exister un œdème cérébral chronique.

Un cas de polynévrite consécutive à l'ingestion d'apiol,
par MM. ALAJOUANINE et HORNET.

Les auteurs présentent le cas anatomo-clinique d'une malade qui absorba 40 capsules d'Apiol dans un but abortif et chez laquelle survint, un mois après, un syndrome polynévritique aigu.

L'examen anatomique montra des lésions radiculaires et ganglionnaires ; on ne trouva aucune lésion du système nerveux central.

Tremblement intentionnel brachio-facial témoin d'un syndrome pyramidal et cérébelleux associé avec dysarthrie du type paralysie générale, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.

Présentation d'un malade atteint d'un héli-tremblement intentionnel brachio-facial, accompagné d'une dysarthrie du type paralysie générale.

L'examen montre des symptômes de la série pyramidale et cérébelleuse. Les auteurs discutent l'hypothèse d'une lésion pédonculaire d'origine probablement vasculaire.

Discussion. — M. A. THOMAS insiste sur la prédominance du syndrome pyramidal sur le syndrome cérébelleux.

M. GUILLAIN rapporte un cas d'héli-syndrome cérébelleux avec dysarthrie et troubles pyramidaux peu marqués. Ce cas répondrait à une lésion pédonculaire.

Sur un cas fruste de maladie de Steinert,
par MM. André THOMAS et J. AJURIAGUERRA.

Les auteurs présentent un cas de maladie de Steinert avec les symptômes qui appartiennent, d'une part à la myopathie et, d'autre part, à la myotonie. Dans cette observation, les troubles dystrophiques font défaut. Il y a lieu de faire des réserves au sujet de l'absence de troubles dystrophiques, parce qu'il s'agit d'un sujet jeune, d'un cas fruste non évolué. L'étude du métabolisme a montré une augmentation des chiffres du calcium, du potassium et de la créatine.

On ne peut discuter l'inscription de la maladie de Steinert dans le groupe des dystrophies musculaires, mais elle doit occuper, parmi celles-ci, une place spéciale.

Discussion. — M. GUILLAIN a eu l'occasion de traiter un cas de myotonie atrophique par le chlorhydrate de quinine. Il a observé chez son malade la disparition de la myotonie ainsi que des modifications des chronaxies musculaires.

M. HAGUENAU traite ses malades depuis 5 ans par des injections d'insuline.

M. BAUDOUIN rappelle le succès obtenu par la prostigmine dans le traitement des myopathies.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 29 Mai 1937

Présidence : M. Fr. NYSSSEN, président

La collocation est une mesure que l'on peut et que l'on doit souvent éviter,
par M. R. TITECA.

A propos de la présentation d'un cas guéri d'hypomanie, l'auteur émet une série de considérations sur la possibilité d'éviter dans beaucoup de cas l'internement des malades mentaux, même lorsqu'il existe des tendances antisociales qui font que la loi de défense sociale semble à première vue devoir être appliquée. Le traitement en service ouvert évite les conséquences souvent graves de la collocation, au point de vue de la situation et de la carrière des malheureux atteints de troubles mentaux passagers. Il y a lieu de poursuivre la lutte, non seulement pour que les services ouverts soient accessibles à toutes les catégories de malades et pour qu'ils soient plus nombreux, mais aussi pour que les services ouverts existants soient utilisés d'une manière judicieuse. Actuellement, les services ouverts officiels sont loin de répondre aux buts pour lesquels ils ont été créés.

Le traitement des malades mentaux dans divers pays d'Europe,
par M. Fr. NYSSSEN.

L'auteur résume le travail qu'il a présenté à la séance du mois de janvier dernier et qui a été analysé ici.

La fin de la séance est consacrée à la discussion des conclusions de ce travail, qui seront adressées, sous forme de vœu, aux autorités chargées de la révision de la loi sur le régime des aliénés.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 29 Mai 1937

Présidence : M. R. LEY, secrétaire

Quadriplégie progressive. Discussion du diagnostic, par M. P. Van GEUCHTEN.

Présentation d'un malade dont l'affection évolue depuis dix mois : après une courte période de céphalées avec vomissements, on voit s'installer très lentement une hémiplégie gauche avec contracture et hypoesthésie, hémianopsie gauche, signes pyramidaux. La motilité du côté droit s'entreprend ensuite de la même manière. Les mouvements des mains sont encore possibles et présentent des caractères athétosiques. La ponction lombaire et l'encéphalographie fournissent des résultats normaux. Il faut songer à la possibilité d'une dégénérescence progressive à rapprocher de la maladie de Schilder.

Le traitement du parkinsonisme par l'extrait de racine de belladone ; mon expérience personnelle, par M. URBINO (de Monte-Carlo).

Dans une brillante conférence, M. Urbino, invité par la Société, fait l'histoire du traitement des états parkinsoniens par la racine de *belladone bulgare cultivée*. On peut considérer qu'il est actuellement démontré que cette racine donne des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient par les racines de belladone cultivée en Italie. La tolérance des malades présente des variations considérables d'un sujet à l'autre ; de même la dose active doit être déterminée dans chaque cas particulier. Les soins adjuvants sont extrêmement importants et le traitement ne peut être réalisé que dans un milieu hospitalier. Il faut surveiller de très près l'état général et rééduquer la motilité par des méthodes appropriées. L'auteur cite une série de cas personnels. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les syndromes post-encéphalitiques, mais le parkinsonisme dit « essentiel » peut aussi bénéficier du traitement.

La maladie de Parkinson familiale et la question de son hérédité similaire,
par MM. DELLAERT, R. NYSSEN et L. Van BOGAERT.

Les auteurs rapportent l'observation d'une famille, dans laquelle on vit un frère et une sœur commencer une maladie de Parkinson au même âge et de la même manière ; l'affection présenta par la suite une évolution et une symptomatologie identiques. La mère de ces sujets est décédée, mais elle présentait un tremblement analogue et le diagnostic de maladie de Parkinson ne paraît pas douteux. Il existait en outre dans la famille une hérédité arthritique nette. Les auteurs comparent leurs observations aux cas similaires relatés dans la littérature.

Sur l'évolution d'une tumeur latéro-bulbaire, par M. RADERMECKER.

Relation du cas d'un enfant de 9 ans, dont l'affection débuta par des symptômes uniquement digestifs avec vomissements, et en imposa successivement pour un ileus et pour une appendicite chronique. Les signes neurologiques ne firent leur apparition qu'après plusieurs mois, sous la forme de céphalées avec petits signes cérébelleux, léger syndrome pyramidal gauche et atteinte des nerfs VII et VIII. Une intervention sur la loge cérébelleuse fut suivie d'un décès rapide et l'autopsie permit de découvrir un épendymogliome du IV^e ventricule, refoulant le lobe gauche du cervelet, la protubérance et le bulbe. L'auteur insiste sur la valeur des signes initiaux, uniquement digestifs, et sur l'apparition tardive des signes neurologiques.

Méningiome intracérébelleux, par MM. CHRISTOPHE et DIVRY.

Il s'agit d'une malade dont l'affection a débuté brusquement par des douleurs dans la nuque, survenues en se penchant en avant. Les examens neurologique, oculaire et otologique sont négatifs. Il existe du hoquet spasmodique. La ventriculographie est refusée. Après plusieurs années, la malade est revue dans un état grave : hémiplegie droite, dysphagie, état général alarmant. La trépanation cérébelleuse fait découvrir une arachnoïdite et une tumeur intra-cérébelleuse qui est extirpée. Il s'agit d'un méningiome. La malade est laissée trois jours en position ventrale sur la table d'opération ; elle va très bien, sa température est normale. Au quatrième jour, on met un plâtre et on la retourne ; elle meurt en quelques heures en hyperthermie. Dans les interventions sur cette région, la position ventrale devrait pouvoir être maintenue beaucoup plus longtemps, au moyen d'un dispositif spécial.

Les auteurs signalent qu'ils n'ont trouvé dans la littérature qu'un seul cas de méningiome intra-cérébelleux, celui de Olivecrona.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Deuxième Réunion Suisse des Psychothérapeutes

Vendredi 28 Mai 1937, à Berne

Présidence : M. le Dr O.-L. FOREL, président

Méthodes et applications de la Psychothérapie

RAPPORTS

Quelques principes et exemples de psychosynthèse,
par le Dr A. J. KIEWIET DE JONGE (de Prangins).

La psychosynthèse, s'inspirant des données de l'analyse, est le but final de notre intervention psychothérapique. Le manque de critère moral est plus souvent à la base des névroses que le traumatisme sexuel de l'enfance. Cette absence de critérium nécessite déjà une revalorisation des notions morales du malade. Il n'y a pas de force hypothétique qui, après l'analyse, remette tout en place, recréant en quelque sorte une personnalité désormais équilibrée. Le psychothérapeute doit intervenir, mais en s'inspirant de vérités objectives, classiques, et pour ainsi dire irréfutables. Il devra d'emblée s'attaquer à toutes les résistances provenant d'avantages secondaires à la névrose dont le malade est d'ailleurs plus ou moins conscient. La névrose fait de « l'inflation », et, dans bien des cas, le premier soin du

psychothérapeute sera de procéder à une « déflation » énergique. Ceci facilite l'analyse du noyau de la névrose. Dans certains cas, la synthèse doit même précéder l'analyse.

Dès le début, la dépression qui accompagne au fond toute névrose pourra être combattue. On aide le malade en le rendant attentif aux nombreuses manifestations qui dérivent de son manque de courage, de discipline et de satisfaction intérieure.

Au fur et à mesure que le malade devient conscient de la structure de sa névrose, il doit prendre conscience de ses responsabilités envers lui-même et la maladie. C'est la raison pour laquelle il faut adopter une attitude active qui provoque des chocs d'opinions dont peut jaillir « la vérité ». La psychosynthèse rétablira aussi l'équilibre entre les éléments primitifs et les éléments évolués. C'est ainsi qu'on draine une des plus grandes sources de la névrose : le sentiment de culpabilité. D'autre part, nous avons à combattre la protection que la névrose offre au malade. Sans appliquer pareils principes, on risque de prolonger le traitement plus qu'il n'est nécessaire.

Le point de vue du malade dans le mécanisme de la guérison, par le Dr H. TRUEB (de Zurich).

Description du mécanisme de guérison à l'aide d'un exemple type de la pratique psychothérapique.

Etant donné que la voie vers la guérison que je recherche pour mes malades est basée sur le dialogue et le « rapport » qui en dérive, j'estime nécessaire que les réflexions sur le chemin parcouru n'émanent pas unilatéralement du médecin, mais résultent du dialogue entre les partenaires.

Je suis d'avis que cette répartition des responsabilités représente un stade d'une importance décisive dans le mécanisme de la guérison, tout d'abord parce qu'on offre ainsi au malade l'occasion de prouver jusqu'à quel point il a réussi à vaincre sa névrose, et ensuite parce que cela préserve le médecin d'une interprétation unilatérale inspirée par sa doctrine.

Dans mon exposé, je commence par un résumé de la symptomatologie apparente. Puis viennent quelques fragments de l'anamnèse, de l'enfance qui illustrent la genèse de la névrose. Je lirai ensuite un exposé du malade répondant à la question : Comment vous ai-je aidé en tant que psychothérapeute ?

En considérant cette manière d'obtenir du malade un rapport que j'estime être la forme finale du traitement, et en lui conférant une situation en quelque sorte équivalente à celle du médecin, je fais déjà allusion au fait qu'à mon point de vue, le malade, partenaire du médecin dans la psychothérapie, ne doit pas être jugé comme un élément passif, mais comme un sujet actif dans le rôle d'un être humain souffrant. Le malade n'est pas celui qui doit être soigné, mais c'est un sujet co-responsable dans la solution et la liquidation de son mal, et dans la réponse à donner quant au sens individuel de sa souffrance.

J'attire particulièrement l'attention sur ce point central du problème qu'il m'a été donné de vous exposer, en me servant d'un cas concret.

Je résume pour finir mes conceptions théoriques sur l'origine et la guérison des névroses.

La psychothérapie dans ses applications pratiques,
par le professeur C. G. JUNG (de Kusnacht-Zurich).

Dans le domaine des névroses, les variations individuelles sont si nombreuses et si étendues que l'application des *méthodes* thérapeutiques, au sens strict du mot, reste limitée, et comme la névrose demeure intimement liée à la personnalité du malade, tout traitement *approfondi* doit renoncer, du moins dans son stade avancé, à l'application d'une méthode précise.

Le traitement évolue alors et devient un *procédé de dialectique* ou plutôt un échange de vues entre deux personnalités. Le « transfert » n'est pas une condition souhaitable, mais souvent une « projection » inévitable. Dans la mesure où le médecin n'est pas conscient de ses propres réactions, il se produit facilement de sa part un « contre-transfert » positif ou négatif. Ceci se manifeste également dans les cas où les notions nécessaires font défaut au médecin.

Exposé du cas d'une malade née aux Indes et ayant vécu là-bas jusqu'à l'âge de 6 ans. Cause partielle d'une névrose post-pubère : la malade ne sut s'adapter à la mentalité occidentale. Elle présenta des symptômes « orientaux » que le médecin ne connaissait pas et qui trouvèrent leur explication dans le symbolisme du tantrisme. A l'aide de la soi-disant doctrine de Çakra, roi des dieux du ciel, il fut possible d'intégrer au monde occidental les souvenirs infantiles liés à la mentalité orientale ; la guérison s'ensuivit.

La méthode et l'homme, par le Dr W. MORGENTHALER (de Berne).

1. Définition : Par méthode, on entend un comportement déterminé, mis au service d'une tâche donnée. La méthode, en tant que doctrine, est impersonnelle, intellectuelle (dans le sens que lui donne Klages), en tant que mécanisme.

2. En opposition partielle avec ce qui précède : les données biologiques, « intérieures », vivantes et humaines.

3. Dans le passé récent, prédominance de la méthode au détriment des données de la vie. Vive réaction actuelle contre ces tendances.

4. Types :

a) de l'homme méthodique ;

b) de l'homme dépourvu de méthode.

5. La méthode et l'homme, sujets et objets en psychothérapie.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central, publié sous la direction de Jean LHERMITTE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hospice Paul-Brousse, par Pierre MASQUIN, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris et J.-O. TRELLES, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lima. 1 vol., in-8°, 620 pages, avec 185 figures en noir et en couleurs dans le texte, Gaston Doin et C^{ie} édit. Paris, 1937.

Le *Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central*, de MM. Pierre MASQUIN et J.-O. TRELLES, présente, judicieusement associées, les notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie nerveuse, jusqu'ici exposées dans des traités séparés, mais dont l'interdépendance évidente se manifeste à chaque étape du diagnostic neurologique et neuro-psychiatrique. Publié sous la direction du *Professeur Jean Lhermitte*, cet excellent livre est illustré de 185 figures, qui sont pour la plupart des schémas très clairs, réalisés par M. P. Masquin, et qui simplifient considérablement au lecteur, la tâche de suivre le trajet des faisceaux et des connexions ainsi que les différents aspects d'une même région.

Par une progression rationnelle, partant de la morphogénèse et de l'histogénèse, MM. Pierre Masquin et J.-O. Trelles, conduisent le lecteur vers la description anatomique pour passer ensuite à l'étude de la région en tant que centre physiologique et y trouver l'explication des états pathologiques. « Dans le présent ouvrage », écrit dans la Préface le Professeur Jean Lhermitte, « tout se tient indissoluble comme dans la vie. » ,

Voulant faire œuvre claire, complète et pratique en une matière si complexe, les auteurs ne se sont attachés qu'aux données actuellement éprouvées de la neurologie. Passant rapidement sur l'aspect morphologique des régions, ils ont surtout insisté sur leurs connexions et les centres propres à chaque étage du névraxe pour mieux situer la physiologie de chacun et décrire son aspect clinique.

Après une étude du neurone, au cours de laquelle prennent place quelques données générales d'embryologie et de physio-pathologie, chaque segment est étudié séparément : moelle épinière, tronc de l'encéphale et cervelet, noyaux gris de la base et formations avoisinantes, télencéphale. L'étude des grandes voies motrices, sensitives et sensorielles, permet ensuite une large synthèse. Un dernier chapitre est consacré à la vascularisation et au liquide céphalo-rachidien. Chaque chapitre se termine par d'utiles indications bibliographiques.

Aide-mémoire du spécialiste, ce précis, méthodiquement conçu, clairement exposé, rendra les plus grands services au praticien, à l'étudiant et au candidat aux divers concours de neuro-psychiatrie. Il est indispensable à toute bibliothèque médicale.

René CHARPENTIER.

Etudes neurologiques, septième série, les myoclonies vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques. La maladie de Friedreich. Pathologie du névraxe, par Georges GUILLAIN, professeur de Clinique des Maladies du Système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris et Pierre MOLLARET, Médecin des hôpitaux de Paris, Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur. 1 vol., in-8°, 300 pages avec 78 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris 1936.

MM. G. Guillaïn et P. Mollaret ont réuni dans ce volume un ensemble d'Etudes neurologiques poursuivies durant ces dernières années à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Une première série concerne le *syndrome myoclonique vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatique*. Par l'étude des différents problèmes que pose ce syndrome si spécial, les auteurs apportent certaines acquisitions nouvelles, soit d'ordre sémiologique, soit d'ordre physio-pathologique, soit d'ordre anatomique. C'est ainsi que, partant de l'examen d'un cas réellement pur, ils peuvent localiser le siège des lésions dans le complexe olivo-dentelé.

Une deuxième série de travaux se rapporte à la *Maladie de Friedreich*, dont MM. Guillaïn et Mollaret modifient à différents points de vue la conception généralement admise. Ils attirent l'attention sur un syndrome cardio-bulbaire avec altérations électro-cardiographiques particulières, syndrome dont la valeur pronostique est telle que se trouve infirmée la loi classique qu'on ne meurt jamais de la maladie de Friedreich. On trouvera aussi un exposé des troubles labyrinthiques, jusqu'ici inconnus, qui présentent cependant une fréquence et une importance clinique réelles. Au point de vue anatomique, les auteurs insistent sur ce fait que la maladie de Friedreich doit cesser d'être considérée comme une maladie de la moelle épinière, car les lésions sus-médullaires, dont ils précisent les différents types, peuvent être envisagés comme constantes. Ces considérations les ont amenés à proposer une synthèse nouvelle de la maladie de Friedreich et des affections dégénératives du même groupe.

La troisième partie de ce volume réunit, sous le titre général de *Pathologie du névraxe*, des études originales sur la maladie de Pick, les pinéalomes, les syndromes infectieux, les spasmes de torsion, les indications respectives de la ponction sous-occipitale et de la ponction lombaire.

Les examens anatomiques ont été faits par M. Ivan Bertrand, à qui est due également la remarquable iconographie de cet important ouvrage qui

vient ajouter des notions nouvelles aux six séries d'études neurologiques déjà publiées par M. le Professeur G. Guillaïn, collection indispensable à toute bibliothèque neurologique.

L. R.

Duchenne de Boulogne, par le Dr Paul GUILLY, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol., in-8°, 240 pages, J.-B. Baillière et fils édit. *Thèse* Paris, 1936.

La vie de Duchenne est tout un enseignement ; à la lire en détail, on discerne le rôle que jouèrent tous les événements qui la composèrent dans le développement de son génie, dans l'orientation de ses études et la perfection splendide de leurs résultats. Son hérédité paternelle (il est le fils d'un corsaire boulonnais, célèbre pour son intrépidité et sa hardiesse) explique sa ténacité, son esprit de lutttes et d'aventures, sa résistance à l'effort ; les tristesses et les chagrins de sa vie intime le poussent à des travaux et des méditations scientifiques de diversion et de compensation ; l'observation d'une contraction musculaire isolée, circonscrite, provoquée par l'ouverture brusque d'un courant électrique chez un patient qu'il traitait pour une névralgie, l'oriente fortuitement vers les recherches sur l'électrictité médicale. La voie est trouvée, il va s'y lancer « comme après une proie » et quittera Boulogne pour la poursuivre à Paris, chez Trousseau, Rayer, Nélatou, Broca, Aran. Il fréquentait tous les services importants, glanant dans chacun d'eux de nouvelles observations, perfectionnant sa technique, élargissant chaque jour le champ de ses recherches : l'exploration électrique des muscles le conduisait à l'étude de la pathologie nerveuse et aux découvertes cliniques qui illustrent son nom.

Observateur exceptionnel et chercheur méthodique, logique et persévérant, il étudia, par l'électrisation localisée, chaque muscle, l'un après l'autre, et en précisa ses fonctions. De la physiologie il passe à la clinique, aux atrophies musculaires, et de la clinique à l'anatomie pathologique, aux lésions causales. Ses recherches sur l'électrisation localisée ont servi de base à la neurologie. Duchenne est le précurseur de Charcot et de Babinski.

L'atrophie musculaire progressive est le premier type d'amyotrophie isolée par le médecin de Boulogne ; elle devait ultérieurement être démembrée, car elle englobait primitivement les atrophies de la poliomyélite, de la syringomyélie, de la sclérose latérale... Après avoir étudié la paralysie atrophique de l'enfance, il décrit la paralysie spinale subaiguë de l'adulte et les atrophies musculaires d'origine myopathique, l'atrophie musculaire progressive de l'enfance et la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique, puis la paralysie glosso-labio-laryngée. C'est encore à lui que nous devons l'ataxie locomotrice progressive, « maladie de Duchenne », comme l'appelait Trousseau.

La « Physiologie des mouvements » parue seulement à la fin de sa vie, en 1867, est enfin un livre admirable, résumant vingt-cinq années de recherches où sont décrits la physiologie musculaire normale d'un muscle ou d'un groupe de muscles, et, secondairement, la paralysie des muscles du corps, le mécanisme des griffes pathologiques, la pathogénie des pieds bots, du torticolis, de certaines déformations de la colonne vertébrale. L'ouvrage remarquable du Dr Paul Guilly, pour tous ceux qui s'intéressent à la neurologie, à l'histoire des découvertes cliniques et physiologiques, sera lu avec un passionnant attachement.

Roger DUPOUY.

Documents pour servir à l'étude de la vie sans moelle épinière. Cinq observations de chiens privés de leur moelle dorso-lombo-sacrée, par le Dr Roger MORVAN. 1 brochure, in-8°, 176 pages. Impr. G. Patissier. Thèse Lyon, 1936.

Nous trouvons dans cette thèse les données et les résultats de recherches poursuivies durant plus de trois ans par le professeur Hermann. Après avoir rappelé les premiers essais de Legallois en 1812 et relaté les expériences de Goltz et Ewald en 1891, puis de Friedenthal (1905), et de Popoff (1931), le Dr Morvan décrit la technique utilisée par Hermann : ouverture du rachis au voisinage de la jonction dorso-lombaire, section de la moelle, destruction en une fois, à la curette, de la moelle lombo-sacrée, puis, ultérieurement, destruction en plusieurs séances de toute la moelle dorsale en remontant vers le bulbe à partir de l'ouverture rachidienne ; l'expérimentation exige la conservation de la colonne cervicale nécessaire à la persistance de la respiration pulmonaire.

Les animaux amyélés dans ces conditions et pourvus des soins appropriés nécessités par leur paraplégie, peuvent survivre sans qu'apparaisse aucun déséquilibre des fonctions végétatives qui compromette l'existence ; la tension artérielle, la glycémie, la température interne se maintiennent normales dès que le choc opératoire s'est apaisé ; il est donc certain qu'en plus des régulations centrales supprimées, il existe des régulations périphériques susceptibles de se substituer aux précédentes et de maintenir les activités coordonnées nécessaires à la vie ; celles-ci doivent être exercées par cette partie du système nerveux sympathique que l'on peut ainsi considérer, avec Morat, comme « une moelle extra-rachidienne ».

R. DUPOUY.

L'influence du choc insulinique sur la perception (Insulin-Schock-Wirkung auf die Wahrnehmung), par L. BENEDEK (de Debrecen). Fasc. de 78 pages, chez S. Karger, édit. Berlin, 1935.

Indépendamment de son action thérapeutique, le choc insulinique présente un grand intérêt à cause de la complexité des phénomènes psychiques, neurologiques et somato-biologiques qui l'accompagnent. L'auteur, qui fut un des premiers à expérimenter les méthodes de Sakel dans les toxicomanies et les psychoses, a porté son attention sur les troubles des perceptions au cours de l'hypoglycémie. Ces troubles sont frappants par leur grande fréquence, leur diversité et leur caractère partiel, en effet la perturbation n'atteint qu'un ou quelques-uns des éléments structuraux de la perception. Bon nombre de ces troubles ne sont observés qu'assez rarement en neurologie, à l'occasion de lésions circonscrites d'origine vasculaire par exemple. En les produisant avec une fréquence considérable, le choc insulinique peut apporter une contribution importante à l'étude analytique et structurale des perceptions sensorielles.

Quatorze observations, soit de malades mentaux, soit de toxicomanes, forment la partie clinique du travail. Il s'agit surtout d'intellectuels qui ont été capables de donner une description précise et plastique des phénomènes constatés. On sait d'autre part que le choc insulinique crée une tendance forcée à l'introspection, à l'auto-observation et à l'autoanalyse ; c'est là un élément qui ne fait qu'augmenter la valeur des descriptions données par les malades qui, en outre, ont une conscience très lucide.

Bien entendu, c'est dans le domaine de la fonction visuelle que la variété la plus grande de modifications a été constatée : différences d'intensité, de tonalité, de coloration, pâleur des objets et des figures, aspect cadavérique, macropsie, dysmégalopsie, dyschromatopsie, difficulté dans la dénomination des couleurs, dans l'identification de figures géométriques, déviations angulaires des personnages et des objets perçus, troubles de la perception spatiale, tout ressemblant à des images sans relief, absence de perception de la continuité du mouvement, impression de rotation ou de mouvements perpendiculaires des personnages et objets immobiles, sans sensation concomitante de vertige, phénomènes entoptiques tels que cercles de feu, enfin des hallucinations ressemblant à celles de l'intoxication mescalinique, mais plus riches en spontanéité et en action. Les troubles des perceptions optocinétiques méritent une attention spéciale parce qu'elles touchent à un problème difficile et encore bien discuté de physiologie optique. Dans le domaine des autres fonctions sensitivo-sensorielles, il convient de citer en particulier des phénomènes d'hypo- et d'hyperacousie, des paresthésies cryesthésiques, enfin des troubles vestibulaires. Ces derniers sont sans rapport avec les troubles optocinétiques et les troubles de la vision spatiale, car les uns et les autres peuvent exister isolément. Des perturbations peuvent être constatées également dans l'appréciation du temps et de la durée.

Les troubles sensoriels produits par l'intoxication insulinique sont donc avant tout caractérisés par leur aspect partiel ; la perception, et c'est vrai notamment pour la fonction visuelle, peut être atteinte dans tous les éléments de sa structure, dans toutes ses strates ; grâce à la désagrégation ainsi opérée des modalités perceptives plus primitives, archaïques, peuvent être reproduites. Le grand intérêt d'une observation systématique de ces phénomènes est évident.

E. BAUER.

Du rêve au délire, par le Dr Charles BERTHIER. 1 brochure, in-8°, 134 pages. Bosc et Riou édit. *Thèse* Lyon, 1937.

La signification du rêve a été différemment comprise. Pour les uns, le rêve peut être considéré comme un résidu de la vie psychique ou comme un signe annonciateur d'une maladie en évolution. Pour l'école freudienne, il révèle à qui sait l'interpréter, la personnalité profonde de l'individu, mieux encore que les actes vigiles. Cependant, le rêve n'est pas seulement représentatif ou affectif, il est aussi intellectuel, et il est des pensées, des intuitions délirantes ou non, qui surviennent pendant le sommeil et lui survivent.

Pour l'auteur, l'image onirique est une hallucination, son caractère hallucinatoire provenant moins d'une sensorialité, d'une « esthésie » que du jugement immédiat de réalité appliqué à l'image. Le rapprochement entre le rêve et la folie, anciennement admis, se trouverait aujourd'hui confirmé par la psychanalyse, cette méthode d'exploration de l'inconscient montrant l'identité de mécanisme entre les processus du rêve et ceux de la schizophrénie. Enfin le Dr Berthier estime que l'on peut accorder au rêve un rôle incontestable dans l'élaboration de certains délires, c'est là d'ailleurs le point capital et le but de son travail ; il étudie à ce point de vue l'onirisme confusionnel, le rêve de la schizophrénie, de la démence paranoïde,

des psychoses hallucinatoires, celui des délires d'interprétation qui passe, aux yeux des malades, pour des avertissements ou des significations, celui des délires mystiques qui se présente comme un mode de reconnaissance spécifique, surnaturel ou miraculeux, où le sujet reçoit des révélations de la Divinité ou des commandements du Diable. Il fait appel à la notion de dépersonnalisation pour concevoir les conditions psychologiques qui président au passage du rêve dans l'activité vigile : « Le délire, écrit-il, est peut-être le fait d'une seconde personnalité qui s'ajoute à la première et qui la domine ; véritable état second, cette personnalité pathologique est bien souvent sentie comme étrangère au sujet qui la subit ; de là le délire, cette tentative désespérée que fait le malade qui tâche d'accorder son passé avec son malheureux présent. »

Personnellement, je n'aime guère ces clichés : le rêve est une hallucination, le délire est un rêve..., c'est le plus souvent une erreur. D'autre part, le rêve banal de l'individu normal ne saurait être comparé à celui de l'aliéné, pas plus que le comportement ou la logique de celui-là aux réactions et à la paralogie de celui-ci. Dire enfin que le rêve aboutit au délire me paraît inexact ; le sujet le plus sain peut rêver toutes les nuits sans jamais délirer et si le délirant a des rêves morbides qu'au surplus il intègre ensuite à son thème idéique, c'est parce qu'avant de rêver il délirait déjà, soit ouvertement, soit à l'état latent et encore méconnu.

R. DUPOUY.

Dictionnaire Médical des langues allemande et française (Medizinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache), par Paul SCHÖBER, docteur en Médecine des Facultés de Strasbourg et de Paris, 5^e édition refondue (1 vol., in-8°, 382 pages, Ferdinand Enke Verlage, Stuttgart, 1937).

Les relations entre les sciences, en général, et en particulier entre la neuro-psychiatrie française et la neuro-psychiatrie allemande, sont trop étroites pour qu'il soit nécessaire d'insister sur l'intérêt d'un tel dictionnaire. La première édition du *Dictionnaire médical*, du Dr Paul Schober, parut en janvier 1898. En quarante ans, quatre éditions ont été épuisées. La cinquième édition, refondue, paraît aujourd'hui, et rendra les mêmes services que les précédentes aux médecins des deux pays, qui, avec le louable souci de remonter aux sources, voudront lire dans le texte même les travaux originaux des auteurs.

R. C.

PSYCHOLOGIE

L'année psychologique. *Trente-sixième année*, publiée par Henri PRÉRON, professeur au Collège de France et à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, directeur du Laboratoire de psychologie de la Sorbonne, co-directeur de l'Institut National d'Orientation professionnelle (2 vol., in-8°, 820 p., in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*, Félix Alcan édit., Paris 1936).

Dans ces deux volumes de la trente-sixième année de cette remarquable publication, on trouvera, selon le plan habituel, des mémoires originaux, des notes et revues et 1.499 analyses bibliographiques.

Parmi les mémoires originaux citons : de MM. G. Durup et A. Fessard,

l'électrencéphalogramme de l'homme, observations psycho-physiologiques relatives à l'action des stimuli visuels et auditifs ; de M. Gérard, de Montpellier, une étude sur l'influence de la similitude des tâches dans l'inhibition rétroactive chez les animaux ; de Mme H. Piéron, des recherches très importantes au point de vue de l'orientation professionnelle sur l'appréciation des épaisseurs par des écoliers ; de M. D. Feller, quelques observations critiques en vue d'une transformation du test d'intelligence mécanique de Stenquist, aboutissant à la proposition d'un test de développement conçu selon le principe de l'âge mental de Binet Simon ; les premiers résultats publiés par M. Henri Piéron, de ses recherches expérimentales sur la sensation vibratoire cutanée, en particulier au sujet des lois du temps des sensations vibratoires ; de Mme Lydie Chweitzer, sur l'utilisation des courbes d'apprentissage pour le pronostic psychotechnique ; de M. Louis Copelman, sur l'influence de l'élément affectif du sujet dans la recherche du réflexe psycho-galvanique ; et, enfin, de MM. Z. Bujas et A. Chweitzer, des recherches sur le goût électrique provoqué par les courants à établissement progressif.

Les notes et revues contiennent une intéressante critique par M. Henri Piéron, des conceptions nouvelles de Renquist-Reenpaa, professeur à l'Université d'Helsingfors, sur la place et l'orientation scientifique de la physiologie des sens, une classification des mouvements manuels d'après l'habileté, par Mme le Dr Franziska Baumgarten, de Berne, et, de Mme Franziska Baumgarten également, des observations personnelles concernant les illusions de l'observateur sur la direction et la vitesse de deux trains se croisant ou se suivant.

La chronique habituelle des faits notables de l'année termine ce trentesième recueil où le psychologue et le neuro-psychiatre trouveront l'exposé fidèle du mouvement des idées et le résumé de tous les travaux pouvant les intéresser à divers titres. Ils seront reconnaissants à M. Henri Piéron, et à M. Marcel François, secrétaire de la rédaction, de continuer l'utile publication régulière de l'« Année psychologique », publication qui demande tant d'efforts et représente tant de difficultés vaincues. René CHARPENTIER.

A la recherche de l'unité, essais de philosophie scientifique et médicale, par E. TECHOUËYRES, directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims. 1 vol., gr. in-8° de 184 pages, J.-B. Baillière et fils édit., Paris 1937.

Les efforts de l'esprit pour comprendre la nature ne trouvent d'apaisement qu'en réduisant le multiple à l'un, le divers au semblable, et les phénomènes du monde, en leur extrême bigarrure, à quelques principes simples ou même, en dernière exigence, à un principe unique et suprême dont les phénomènes sont l'expression.

Que l'on suive les efforts de l'esprit dans les domaines scientifiques où il s'applique à constituer la science, dans le domaine de l'art de guérir où il crée les règles de cet art pratique qu'est la médecine, ou enfin dans le domaine de la métaphysique, comme le font volontiers les sages Hindous, on retrouve toujours les mêmes tendances et les mêmes principes directeurs : l'esprit en quête du vrai, recherche de l'unité.

Cette tendance commune au monde oriental et au monde occidental est donc une loi imposée à l'esprit humain par sa nature même.

M. Téchoueyres développe ces considérations en étudiant successivement les aspirations de l'âme hindoue et les tendances de la science occidentale

contemporaine, le continu et le discontinu en biologie, un essai méthodologique sur l'élaboration des faits, doctrines et pratiques de la médecine, l'erreur des antagonismes, et les mirages de la réalité.

L. R.

PSYCHANALYSE

L'analyse mentale en pratique médicale, par A. AUSTREGESILO, professeur à l'Université de Rio de Janeiro (1 vol., in-12, 130 pages, in *Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications*, n° 4. Masson et C^e édit., Paris 1936).

Dans ce livre, traduction française par le Dr João Coelho de l'ouvrage original, publié en portugais, par le Professeur A. Austregesilo, cet auteur, après avoir admis que la psychanalyse constitue un grand pas en avant en neuro-psychiatrie, émet quelques opinions complémentaires et personnelles. A la notion de la libido de Freud, il faut ajouter, selon lui, les énergies de l'instinct de nutrition. *Fames* et *libido* résument, par métaphore, les expressions des énergies vitales à travers l'individu et à travers l'espèce. Rien ne se fait dans la vie humaine, de normal ou de pathologique, sans ces deux principes vitaux. Constante est l'interrelation de ces deux fonctions claires de la vie, qui ne se séparent ni dans leurs principes, ni dans leurs dynamismes intimes. Ils forment les chaînons de la même chaîne biologique qui va terminer dans le moi, l'expression psychologique de l'espèce humaine. Le moi ou *ego* est la résultante des deux.

Ces trois forces fondamentales de la vie primitive et de la vie différenciée se conjuguent pour donner naissance, lorsqu'elles sont troublées, aux maladies du corps et à celles de l'esprit. Le concept des psychonévroses ou des psychoses se base donc sur les deux principes élémentaires de la vie, accrus d'un troisième élément qui serait exclusif à l'espèce humaine : le moi. En pratiquant l'analyse mentale des malades, on retrouvera toujours ces trois énergies, comme des manifestations instinctives ou déformées. L'analyse mentale constitue la méthode pragmatique et efficiente pour le traitement des psychonévroses. M. Austregesilo considère cependant l'hérédité et la constitution comme des facteurs biologiques importants pour l'apparition des états psychonévropathiques. Et l'analyste mental doit être un clinicien avisé, le psychisme troublé ne pouvant bien souvent être soulagé sans la connaissance générale de l'organisme entier.

René CHARPENTIER.

Angine psychogène. Considérations épicrotiques à propos d'une amygdalite et de sa psychopathologie (Psychogene Angina. Epikritische Betrachtungen über eine Mandelentzündung und ihre Psychopathologie), par R. BILZ (de Hambourg). Fasc. de 70 pages, supplément du *Zentralblatt für Psychotherapie*, chez S. Hirzel, édit. Leipzig, 1936.

Les rapports psychosomatiques se présentent sous un aspect bien curieux dans les maladies dites sacrées, dont l'auteur tente de pénétrer la pathogénie. Elles apparaissent chez des sujets qui se trouvent dans une situation sacrée et en conflit plus ou moins conscient avec elle, le terme de situation sacrée désignant toutes les situations de la vie sexuelle qui sont dominées par la notion d'union consacrée, de famille, de natalité.

L'inconscient semble distinguer cet aspect de la sexualité et le désir sexuel orienté uniquement vers la procuration du plaisir.

Les maladies sacrales se rencontrent chez les candidats aux fiançailles et au mariage, chez les jeunes mariés ; on y compte aussi les curieuses maladies de couvade, observées chez les maris pendant la grossesse de la femme. Le tractus oral-digestif est atteint de préférence : le plus souvent, il s'agit d'angines ou d'affections dentaires, parfois ce sont des troubles gastriques, l'appendicite. Toujours il y a conflit psychique issu de sentiments d'insuffisance ou d'opposition. La maladie peut souligner la défaite du sujet (angines « négatives »), plus rarement elle marque sa victoire (angines « positives »).

L'observation, rapportée avec beaucoup de détails, et qui a plus particulièrement suggéré cette étude, est celle d'une angine « négative » apparue chez un homme de 35 ans au moment où il devait se décider aux fiançailles avec une jeune fille dont il était pourtant très épris. A noter que deux fois déjà il avait abandonné des projets semblables ; ces deux épisodes s'étaient compliqués, le premier d'un abcès dentaire, le deuxième de brisure accidentelle d'une dent. Il avait également contracté une angine quand, après la mort de son père, l'idée du mariage le préoccupait fortement. Cette fois-ci, l'angine, une amygdalite pultacée banale, est remarquable par l'intensité des rêves qui l'accompagnent et qui reflètent manifestement les tourments psychiques du malade. Leur succession même semble obéir à un plan ; un véritable drame se déroule par phases successives, le dernier rêve signifie le dénouement ; le malade se sent subitement éclairé sur la décision qu'il doit prendre, et le même jour l'angine guérit. Le projet matrimonial est enterré. Dans le contenu des rêves, les thèmes sexuels proprement dits ont été inexistant, par contre les représentations en rapport avec les fonctions digestives ont été très fréquentes ; ce phénomène illustre la prévalence orale-digestive quand il y a tabouisation du sexuel.

Quant au symbolisme des rêves, l'auteur est frappé par des analogies nombreuses avec des scènes et rites archaïques qui entourent précisément, chez les peuplades primitives, des situations sacrales : rites de couvade, rites de puberté. Chez les premiers hommes, les instincts agressifs primitifs se donnent libre cours ; la lutte est ouverte entre les générations d'une même famille ; père et fils, les frères s'entretuent pour la conquête de la femme ; les premiers-nés sont mangés par les parents. Les lois totémiques fondamentales imposent des freins aux instincts agressifs, au moyen de la peur. Elles commandent le respect de la vie de tous ceux qui appartiennent à la même famille, à la même tribu, et elles instituent l'exogamie. Ces lois ne sont, en définitive, que l'émanation d'une instance psychique innée, antagoniste des instincts agressifs : c'est l'instance sacrale, le sur-moi, la conscience. Mais la lutte entre l'instance sacrale et les instincts agressifs reste extériorisée, chez les peuples primitifs déjà soumis aux lois totémiques, dans leurs rites. Les rites de la puberté sont marqués par des scènes de combat, de mise à mort d'animaux ; on casse des dents aux jeunes gens qui sont accueillis dans les rangs des hommes virils. Les rites de la couvade imposent à l'homme des sacrifices et des restrictions alimentaires, parfois des souffrances. Chez l'homme civilisé la lutte est intériorisée ; mais les thèmes archaïques peuvent revivre dans les rêves. Comment peut-elle trouver son expression dans des maladies somatiques ? L'auteur invoque, pour l'expliquer, le chimisme de la peur qui consiste en une augmentation de

l'adrénaline. Cette augmentation a pour conséquence un hyperfonctionnement des tissus qui sécrètent des substances antagonistes de l'adrénaline, parmi lesquels le tissu lymphoïde amygdalien semble jouer un rôle important. Il en résulte un affaiblissement de la résistance de ces tissus et leur envahissement facile par les microbes pathogènes. Il faut voir également, dans la prédilection des maladies sacrales pour le tractus oral-digestif, un effet de la prévalence orale-digestive citée plus haut.

E. BAUER.

ASSISTANCE

Les internements évitables, par le Dr Charles CAUSSÉ, interne des asiles, lauréat de la Faculté, diplômé de Médecine légale et de psychiatrie. 1 vol. in-8°, 109 pages, F. Boisseau édit. Thèse Toulouse, 1937.

Le Dr Caussé est un adepte fervent des services ouverts. Issue, dit-il, à la fois du grand mouvement d'hygiène mentale et de l'évolution générale de la psychiatrie, une nouvelle conception du psychopathe tend actuellement à s'imposer ; aussi, à côté des établissements publics fermés, a-t-on créé en divers endroits des services ouverts qui permettent d'éviter bon nombre d'internements. Dans un premier chapitre sont relatés les efforts et les réalisations faits tant en France que dans les divers pays étrangers. Peu à peu l'asile d'aliénés se transforme dans la plupart des pays en hôpital psychiatrique comportant des services ouverts et un dispensaire.

Dans un deuxième chapitre, sont examinées les psychopathies justiciables d'un traitement dans un service ouvert. S'appuyant sur les observations prises à l'asile de Braqueville, l'auteur signale les enfants, même atteints d'imbécillité ; les délires doux et dociles, même délirants ; les vieillards, transitoirement et dans le but, après observation, de les diriger soit vers l'hospice, soit vers l'asile ; les sujets atteints de psychoses aiguës, pour la plupart d'origine toxi-infectieuse ; les malades neurologiques ; les épileptiques, les alcooliques, les amoraux, les petits mentaux, enfin, hypochondriaques, psychasthéniques, obsédés, phobiques, abouliques.

Dans un troisième chapitre, est étudié le fonctionnement des dispensaires psychiatriques qui permet notamment au médecin de suivre les malades guéris, de contrôler et de surveiller la sortie des malades convalescents.

R. DUPOUY.

MÉDECINE LÉGALE

Diagnostic et technique en médecine légale, notamment en ce qui concerne l'autopsie (Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik, besonders auf dem Gebiete der behördlichen Sektion), par H. MERKEL et K. WALCHER. Vol. de 221 pages, chez S. Hirzel, édit. Leipzig, 1936.

Les auteurs, directeurs des Instituts de médecine légale des Facultés de Munich et de Würzburg, ont écrit ce guide pratique d'examen médico-légal et d'autopsie, surtout pour les médecins légistes débutants qui peuvent se trouver désorientés devant la complexité des problèmes qui se posent à propos des missions qu'on leur confie. Un examen lacunaire peut avoir pour la marche de l'enquête judiciaire des conséquences désastreuses, irréparables. A côté de l'autopsie proprement dite, il y a de nombreuses investigations connexes que l'expert ne doit pas omettre, s'il veut éviter l'erreur et apporter aux autorités un concours efficace. Il faut aussi que l'expert

ait la notion exacte des limites de la science médico-légale, ainsi il se gardera d'affirmations démesurément catégoriques et il n'hésitera pas à avouer le doute quand il sera justifié. L'expertise médico-légale exige une grande compétence pratique et scientifique ; c'est pourquoi dans certains pays des stages de longue durée dans des Instituts médico-légaux sont exigés pour être admis comme expert.

Toutes les questions sont exposées dans un style vivant, exempt de sécheresse didactique, concret. La concision du texte n'empêche pas qu'on y trouve une foule de conseils précieux inspirés par une longue expérience en matière d'expertise médico-légale. Les auteurs ne manquent pas de citer les cas frappants qu'ils ont observés, et ce caractère personnel, subjectif, de l'ouvrage, ne le rend que plus intéressant à lire. La tâche de l'expert est grandement facilitée en le consultant.

Voici l'énumération des chapitres : Autopsie (généralités, instrumentation, etc., inspection du cadavre, examen du crâne, du canal rachidien, des cavités thoracique et abdominale), — Compte-rendu de l'autopsie, — Rédaction du rapport, — Signes cadavériques et artifices de préparation, — Investigations au lieu du crime, — Mort accidentelle subite, — Mort par contusion, — Plaies par armes à feu, — Plaies par armes tranchantes et piquantes, — Réactions vitales, — Asphyxie, — Submersion, — Brûlures, — Electrocution, — Principaux empoisonnements, — Infanticide, — Avortement, — Constatations en cas de crimes sexuels, — Identification des cadavres, — Heure du décès, — Décès tardif après accident traumatique.

E. BAUER.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

De la nature, des causes, des différences des monstres, d'après Fortunio Liceti, traduit et résumé par le Dr François MOUSSAY ; préface du Dr Louis Ombrédanne, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. Orné de 38 illustrations. 1 vol., in-8°, 96 pages. Collection Hippocrate, Directeur Professeur Laignel-Lavastine. Paris, 1937.

Le Dr Houssay nous donne la traduction, avec quelques commentaires, de l'œuvre de Fortunio Liceti, accoucheur à Padoue qui, en 1616, réunit les notions connues à cette époque sur les monstruosité. La deuxième édition, en 1634, comportait en outre une riche iconographie avec figures d'A. Paré et de Lycosthènes ; nous les trouvons reproduites ici ; les constatations anatomiques sont évidemment « romancées », comme l'écrit dans sa préface le Pr L. Ombrédanne.

C'est un curieux recueil de documents dans lequel on peut puiser, quitte à négliger les erreurs et la puérilité des théories et à rectifier la vraisemblance. Les explications fournies sur les causes et les origines des monstruosité, notamment l'excès ou le défaut de « matière », la véhémence ou le dévergondage de l'imagination, la dégénérescence de l'âme de la semence en une autre nature, la mauvaise disposition ou la désobéissance de la matière, le mauvais fonctionnement de la force de la nutrition ou le défaut de la matière alimentaire, l'intervention du démon et sa maligne puissance, prêtent à sourire, mais c'est encore un charme de ce petit livre de nous faire sourire en pensant au destin des doctrines du passé et en songeant ensuite à celui, futur, des théories édifiées de nos jours.

R. DUPOUY.

JOURNAUX ET REVUES

THÉRAPEUTIQUE

Léger choc insulinique comme moyen hypnotique et analgésique,
par J. WEGIERKO. *Medycyna*, n° 12 du 21 juin 1936.

En se basant sur les constatations antérieures faites au sujet de l'action favorable exercée par le choc insulinique sur les crises dyspnéiques d'asthme, l'auteur utilise cette méthode dans les douleurs dues à un spasme. Il remarque qu'un léger choc insulinique calme les douleurs, non seulement dues à un spasme, mais également les douleurs d'origine différente (migraine, névralgies). Le même effet heureux est obtenu dans l'insomnie opiniâtre. En injection sous-cutanée, 40 unités d'insuline sont utilisées. L'effet se produit après une heure. Des résultats rapides peuvent être réalisés par l'administration de 20 unités introduites par voie intraveineuse. La question des doses à employer demande à être mise au point.

FRIBOURG-BLANC.

Essai et résultats actuels du traitement des psychoses par l'insuline,
par G. BYCHOSWSKI, M. KACZYNSKI, C. KONOPKA et K. SZCZYTT (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXVIII, 1936).

Les auteurs réservent leurs conclusions définitives sur la méthode, en raison du nombre insuffisant de malades traités. Néanmoins, en présence du pourcentage des guérisons complètes et des améliorations obtenues, ils considèrent l'emploi de l'insuline comme un progrès thérapeutique appréciable.

FRIBOURG-BLANC.

La méthode de Sakel pour le traitement de la schizophrénie (El método de Sakel para el tratamiento de la esquizofrenia), par E. MIRA. *Revista médica de Barcelona*. T. XXIV, n° 144, p. 529-530, décembre 1935.

Sakel recherche le choc hypoglycémique par le traitement insulinique à doses progressives, malgré les accidents d'intolérance et jusqu'à l'apparition du coma. Il arrive aux doses extraordinaires de 190 unités injectées jusqu'à trois fois par jour. Ce traitement exige évidemment une surveillance rigoureuse et continue, par le médecin lui-même, qui doit se tenir toujours prêt à intervenir devant la menace d'accidents graves. Les effets de la cure sur l'évolution des troubles schizophréniques ne sauraient être jugés actuellement.

P. CARRETTE.

Le traitement de la schizophrénie par l'insuline, par J. BORYSOWICZ, J. PARADOWSKI, J. ROSE, St. WITEK et W. ZALEWSKI. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXVIII, 1936).

Les auteurs rapportent les résultats thérapeutiques obtenus chez 60 malades atteints de schizophrénie par de hautes doses d'insuline comportant 20 à 40 heures d'hypoglycémie et environ quinze chocs. Les auteurs comparent les résultats obtenus par cette méthode thérapeutique aux cas non traités par l'insuline. Cette comparaison prouve que le pourcentage des rémissions et des améliorations est presque le même pour les cas traités ou non traités par l'insuline. Il est à remarquer cependant que l'insuline a souvent l'avantage de calmer le malade et souvent d'interrompre l'état de stupeur. La méthode doit être vérifiée sur un nombre de malades plus élevé pour affirmer d'une façon plus concluante sa valeur curative dans les cas récents et son inefficacité dans les cas anciens.

FRIBOURG-BLANC.

Suite d'observations sur le traitement de la schizophrénie par les hautes doses d'insuline, par BORYSOWICZ, et M. MARZYNSKI (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXVIII, 1936).

Observations faites sur 31 cas nouveaux de schizophrénie. Il en résulte que, dans certains cas, l'amélioration partielle réalisée après le traitement s'affermissait ensuite. Par contre, il existe des cas où l'état psychique des malades s'aggravait. Pour porter une appréciation juste sur la méthode, il faut pouvoir suivre les malades pour juger du degré et de la durée des résultats obtenus.

Les auteurs ne signalent aucune complication sérieuse et n'ont eu aucun décès à déplorer.

FRIBOURG-BLANC.

Résultats actuels du traitement de la schizophrénie par l'insuline dans la Clinique neurologique et psychiatrique de Wilno, par A. RULKOWSKI (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXVIII, 1936).

L'auteur rend compte des résultats obtenus dans le traitement de 29 cas nouveaux de schizophrénie par l'insuline. La statistique s'appuie dans l'ensemble sur un matériel de 120 malades. L'insuline est un excellent moyen de provoquer les chocs. Son emploi prudent est sans danger. Elle calme les états de grande excitation et peut interrompre pour quelque temps les états de stupeur catatonique. Sa valeur curative pour être appréciée doit être vérifiée sur un plus grand nombre de malades. Comme résultat global, 9 pour cent des malades ont pu reprendre leur travail, mais deux tiers d'entre eux ont perdu plus tard le bénéfice du traitement.

FRIBOURG-BLANC.

Etude expérimentale sur le traitement insulinique de la schizophrénie, par J. FROSTIG, J. KISTER, A. MANASSON et Vl. MATECKI (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXVIII, 1936).

Les auteurs concluent que le traitement de la schizophrénie par les chocs insuliniques n'est pas plus dangereux que d'autres méthodes thérapeutiques et que les résultats obtenus engagent à recourir à cette méthode.

FRIBOURG-BLANC.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances du mois de juillet 1937.

La *séance supplémentaire* du mois de JUILLET de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 juillet 1937*, à 9 h. 30, *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

SÉANCES DU LUNDI 26 JUILLET 1937

A l'occasion de la présence à Paris de nombreux membres correspondants nationaux ou associés étrangers de la Société, il sera tenu le *lundi 26 juillet* deux séances au lieu d'une.

I. — La *première séance*, à 9 heures 15, sera consacrée à la discussion des *Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie*. — Rapporteur : M. le Professeur Henri CLAUDE.

II. — La *deuxième séance* commencera à 3 heures de l'après-midi. Elle sera consacrée à l'étude des *Troubles endocriniens dans les états d'excitation* (Rapporteur : M. le D^r J. TUSQUES), et à des *communications diverses*.

Ces deux séances se tiendront au siège de la Société (Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, VI^e arrondissement).

Pour prendre part à la *discussion* des questions mises à l'ordre du jour, ou pour présenter des *communications*, s'inscrire auprès du D^r Paul COURBON, *Secrétaire général*, Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

DÎNER ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ

Le *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique aura lieu le même jour à 20 heures. Les *membres associés étrangers* présents aux séances seront cordialement invités à ce dîner.

Légion d'Honneur.

Est promu *Commandeur de la Légion d'Honneur* :

M. le D^r P. LECLERCQ, *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations.

M. le D^r GOR est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) ;

Mme le D^r ANDRÉ est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde) ;

M. le D^r MANS est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Saint-Rémy (Haute-Saône) ;

M. le D^r FAIL est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise ;

M. le D^r GARDES est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées) ;

M. le D^r TOYE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) ;

M. le D^r TUSQUES est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le D^r de BOUCAUD est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège).

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Privas (Ardèche) ;

le poste de Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Leyme (Lot) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord).

Directeurs administratifs.

M. HIRIGOYEN est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var) ;

M. LAFARE est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde).

Concours pour 20 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques.

Ce concours s'est ouvert au Ministère de la Santé publique, le lundi 7 juin 1937 : 46 candidats ont été inscrits.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. le D^r DEQUIDT, inspecteur général des services administratifs.

Membres titulaires : M. LÉVY-VALENSI, professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Paris ; M. LATAPIE, médecin chef de service à la Maison départementale de santé de la Seine-Inférieure ;

M. FRANTZ ADAM, Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin) ; M. DEMAY, Médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Maison-Blanche (Seine-et-Oise) ; M. GOURIOU, Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Maison-Blanche (Seine-et-Oise) ; M. BEAUSSART, Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ; M. LEVÊQUE, Chef du 1^{er} bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance.

Membres suppléants : M. BROUSSEAU, Médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise) ; M. CAMUS, Médecin-chef à l'hospice de la Salpêtrière.

M. CHASSAGNOT, sous-chef du 1^{er} bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, assurait les fonctions de *secrétaire administratif* du concours.

QUESTIONS DONNÉES AU CONCOURS

1^o ADMINISTRATION : *Protection de la personne internée sous le régime de la loi de 1838.*

Questions restées dans l'urne : Budget des rentrées des établissements publics relevant de la loi de 1838. — Obligations et prérogatives du Médecin-chef de service dans les établissements soumis à la loi de 1838.

2^o ANATOMIE et PHYSIOLOGIE : *Voies vestibulaires.*

Questions restées dans l'urne : Hypophyse antérieure et postérieure. — Noyau lenticulaire.

3^o HYGIÈNE et PATHOLOGIE INTERNE : *Diagnostic, complications et traitement des paraplégies de l'adulte.*

Questions restées dans l'urne : Diagnostic, prophylaxie et traitement de l'intoxication par les barbituriques. — Prophylaxie dans les hôpitaux psychiatriques des maladies transmissibles par l'eau.

4^o PATHOLOGIE MENTALE : *L'auto-accusation.*

Questions restées dans l'urne : Syndrome de Korsakoff, à l'exception de l'anatomie pathologique. — Troubles psychiques liés à l'artériosclérose.

A la suite de ce Concours, ont été proposés pour remplir les fonctions de *Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques* :

1. M. NODET ; 2. M. BAUDARD ; 3. M. MIGNARDOT ; 4. M. PERROT ; 5. M. LONGUET ; 6. Mlle S. ROUSSET ; 7. M. DAUMÉZON ; 8. MM. DEVALLET et SCHERER ; 10. M. ADNÈS ; 11. MM. BELEY et DOUSSINET ; 13. Mme DEFFNANT, née de GAILLANDE et M. FERDIÈRE ; 15. Mlle PETIT ; 16. M. DELM'OND ; 17. M. CHAURAND ; 18. M. BUISSON ; 19. M. BERCEGEY ; 20. M. VEYRES ; 21. M. VALLADE ; 22. Mme GARDIEN, née JOURD'HEUIL ; 23. M. RAMEY ; 24. M. LOUIS ANGLADE ; 25. M. DEFFNANT.

Concours pour 7 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine.

Conformément au décret du 22 janvier 1937, qui a transformé les conditions du concours, le premier concours sur titres à 7 postes de *Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine* a eu lieu les 25 et 26 juin 1937.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. SÉGUIN, Directeur des affaires départementales de la Seine, délégué du Ministre de la Santé publique.

Membres du jury : MM. SERGE GAS, Directeur général de l'Hygiène et de

l'Assistance au Ministère de la Santé publique ; D^r DEQUIDT, Inspecteur général des Services administratifs ; D^r HEUYER, Conseiller technique en psychiatrie du Ministère de la Santé publique ; D^r COURBON, D^r DEMAY, D^r DUCOSTÉ, D^r MARTIMOR, Médecins-chefs des Hôpitaux psychiatriques de la Seine ; D^r LATAPIE, D^r CARRIAT, Médecins-chefs des Hôpitaux psychiatriques du Cadre général ; D^r BARUK, Médecin-chef de la Maison nationale de St-Maurice ; D^r TOULOUSE, Médecin-psychiatre n'appartenant pas au Cadre général ; M. HAYE, Directeur-adjoint de l'Hygiène et de l'Assistance au Ministère de la Santé publique ; M. MICHAUT, sous-directeur de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine ; M. LÉVÊQUE, Chef du 1^{er} Bureau de la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance au Ministère de la Santé publique ; M. POHER, Chef du 3^e Bureau de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine.

A la suite de ce Concours sur titres, ont été proposés pour remplir les fonctions de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine :

1. M. BEAUSSART ; 2. M. BESSIÈRE ; 3. M. BROUSSEAU ; 4. M. CHANÈS ; 5. M. DUBLINEAU ; 6. M. RONDEPIERRE ; 7. M. MENUAU.

Bourse de voyage de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine

Au cours de l'Assemblée générale tenue le lundi 28 juin 1937, à Paris, et sur la proposition du Comité de l'Association, il a été décidé l'institution d'une *bourse de voyage* pour laquelle le règlement suivant a été établi :

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — L'Association Amicale des Internes et Anciens Internes en Médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine décide d'attribuer en 1937, à l'un de ses membres, interne de 3^e ou 4^e année, de nationalité française, une *bourse de voyage à l'étranger*.

Cette bourse sera de 6.000 francs. Elle ne pourra pas être partagée.

L'Association exprime l'espoir qu'il lui sera possible d'attribuer tous les deux ans une bourse de voyage de valeur égale.

ART. 2. — La bourse de voyage sera mise à la disposition de son titulaire à partir du 1^{er} décembre 1937. Le titulaire aura la faculté de l'utiliser, à la date de son choix, pendant les 9 mois qui suivront cette date ; il devra prévenir de la date de son départ le trésorier du Comité de l'Association, au moins quinze jours à l'avance.

ART. 3. — Les candidats devront faire parvenir au Secrétaire du Comité de l'Association, avant le 15 octobre 1937 :

1) une lettre de candidature indiquant la date de leur nomination à l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine, la date de leur admission comme membre de l'Association, la liste des services dans lesquels ils ont effectivement rempli les fonctions d'interne en médecine ;

2) une lettre de chacun de leurs chefs de service attestant qu'ils ont fait régulièrement leur service ;

3) une pièce officielle établissant leur nationalité ;

4) un projet indiquant brièvement l'emploi qu'ils feraient éventuellement de cette bourse de voyage à l'étranger, le but de leur voyage, le ou les pays où ils proposent de se rendre, les organisations d'assistance ou d'hygiène,

les établissements hospitaliers, ou les laboratoires qu'ils désirent visiter, ou les travaux auxquels ils désirent se livrer, ou les méthodes qu'ils désirent expérimenter pendant ce séjour à l'étranger, etc. ;

5) l'engagement d'honneur de consacrer éventuellement à la réalisation de ce projet la bourse de voyage attribuée par l'Association ;

6) une liste de titres et travaux scientifiques.

Le Bureau de l'Association se réserve le droit de n'inscrire les candidatures qu'après contrôle des renseignements ci-dessus.

ART. 4. — Nul ne pourra faire partie de la Commission chargée d'attribuer cette bourse de voyage s'il n'est *ancien interne* en médecine des Asiles de la Seine et *membre actif* de l'Association. Cette Commission comprendra :

1) le président ou le vice-président du Comité de l'Association Amicale des internes ou anciens internes en médecine des Asiles de la Seine, ou, en cas d'empêchement, un autre membre du Comité de l'Association désigné par ce Comité ;

2) le secrétaire ou le trésorier du Comité de l'Association Amicale des internes ou anciens internes en médecine des Asiles de la Seine, ou, en cas d'empêchement, un autre membre du Comité de l'Association, désigné par ce Comité ;

3) le président ou le vice-président de la Société des Médecins des Asiles de la Seine ou, en cas d'empêchement, un autre membre de cette Société désigné par le Bureau de la Société ;

4) le président ou le vice-président de la Société Médico-psychologique ou, en cas d'empêchement, un autre membre de cette Société, désigné par le Bureau de la Société ;

5) le président ou le vice-président de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France, ou, en cas d'empêchement, un autre membre de cette Association, désigné par le Bureau de cette Association.

Nul ne pourra faire partie de la Commission à deux concours consécutifs. A un même concours, nul ne pourra être désigné pour représenter dans cette Commission deux Sociétés ou Associations différentes.

Le président du Comité de l'Association des internes et anciens internes des Asiles de la Seine, ou son représentant, présidera cette Commission dont le Secrétariat sera assuré par le secrétaire du Comité de l'Association ou son représentant.

ART. 5. — Trois mois au plus tard après la date de son retour de voyage, le titulaire de cette bourse devra remettre au Secrétaire de la Commission ci-dessus désignée un mémoire inédit exposant les résultats de son voyage. Ce travail consistera, soit en un mémoire scientifique fait ou complété à l'aide d'éléments recueillis pendant ce voyage, soit en un exposé de méthodes nouvelles d'examen, de recherche, d'assistance, de prophylaxie ou de thérapeutique psychiatriques étudiées au cours de ce voyage.

Il appartiendra à la même Commission, réunie à nouveau, de décider si ce travail permet d'attribuer à son auteur le titre de *lauréat de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes en Médecine des Asiles de la Seine*, et d'en demander la publication dans les *Annales Médico-Psychologiques*.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès se tenant en France au mois du juillet 1937.

Au mois de *juillet* 1937 de nombreux Congrès intéressant les neuro-psy-chiatres se tiendront en France. Rappelons ici :

30 juin-5 juillet. — Nancy : *XLI^e session du Congrès des aliénistes de France et des pays de langue française* ;

1-10 juillet. — Paris : *Journées internationales de la Santé publique* ;

3-5 juillet. — Paris : *Congrès national des Hôpitaux* ;

5-11^e juillet. — Paris : *V^e Congrès international des Hôpitaux* ;

8-11 juillet. — Paris : *XVI^e Réunion neurologique internationale annuelle* ;

12-17 juillet. — Paris : *II^e Congrès international des Sanatoria et Maisons de santé privés* ;

19-25 juillet. — Paris : *II^e Congrès international d'hygiène mentale* ;

22-25 juillet. — Paris : *Congrès international de la protection de l'enfance* ;

lundi 26 juillet. — Paris : *Séances et dîner annuel de la Société Médico-psychologique* ;

24-28 juillet. — Paris : *I^{er} Congrès international de psychiatrie infantile* ;

25-31 juillet. — Paris : *XI^e Congrès international de psychologie*.

Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale de la Faculté de Paris.

A l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, à l'Asile Sainte-Anne (1, rue Cabanis, Paris, XIV^e arr.), le *dimanche 11 juillet*, à 10 h. 30, sous la présidence du professeur H. CLAUDE, M. SAKEL (de Vienne) exposera sa méthode de *traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire*.

Cet exposé sera suivi d'une *discussion*.

96^e Réunion annuelle de The Royal Medico-psychological Association

La 96^e Réunion annuelle de The Royal Medico-psychological Association de Grande-Bretagne se tiendra à Ayr, les 7, 8 et 9 juillet 1937, sous la présidence de M. le D^r DOUGLAS McRAE, M.D., F.R.C.P.E.

Cette réunion sera consacrée à l'étude de la question suivante : « *Le Système circulatoire et les psychoses* » (Physiologie, Anatomie pathologique, Symptomatologie, Prophylaxie).

Sont inscrits pour la discussion : MM. D^r A. MEYER, D^r F. L. GOLLA, D^r F. A. PICKWORTH, D^r A. C. P. CAMPBELL, D^r W. MAYER-GROSS, D^r E. GUTTMANN, D^r A. M. WYLLIE, D^r E. KRAPE, D^r IVY MACKENZIE, D^r K. PADDLE.

UNIVERSITÉ DE MOSCOU

Nécrologie.

M. le Professeur WNOUKOFF, Directeur de l'Institut de Prophylaxie mentale.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE SOCIALE

PAR

PIERRE JANET

Dans quelques études précédentes sur les hallucinations et sur les sentiments au cours du délire de persécutions (*Revue philosophique* et *Journal de psychologie*, 1932), j'ai indiqué sinon une interprétation au moins une direction d'étude qui peut présenter quelque intérêt dans l'examen des désordres sociaux. Ces troubles se rattachaient à des altérations dans la construction de la personnalité, mais il ne s'agissait pas seulement de troubles dans la construction de notre propre personnalité, la seule dont on se préoccupait d'ordinaire, mais aussi de troubles dans la construction de la personnalité des autres, de la personnalité du *socius*, comme disait Baldwin. La personnalité du socius et celle du sujet sont unies beaucoup plus qu'on ne le croit, ce qui permet des confusions faciles. Cette interprétation me paraissait pouvoir jouer un rôle dans l'étude des délires sociaux ; mais elle me semble avoir été peu comprise, malgré les excellentes analyses de ces articles qui ont été données ici-même par MM. Courbon et Lagache que je remercie de leur amabilité (*Annales m. psych.*, janvier 1933, p. 108, 109). C'est pourquoi je désire la reproduire dans les *Annales* avec un peu plus de précision.

1. — Le problème de la personnalité dans les délires sociaux

Bien des auteurs ont cherché à comprendre les sentiments d'emprise des persécutés et en particulier cet abus de *l'objectivation sociale* qui pousse les malades à attribuer à autrui leurs propres actes. Certaines de ces interprétations par le besoin d'explication, par le refoulement dans l'inconscient m'ont semblé pouvoir être écartées (1). Mais plusieurs études font allusion à des troubles dans l'édification de la personnalité. « L'inspiration, disait M. Delacroix, est le jeu d'un mécanisme que nous n'identifions pas avec notre personnalité » (2). M. Cellier parlant du sentiment d'imposition disait de même « que le point de départ de certains troubles réside dans la désagrégation du moi, dans un trouble amenant la séparation de certains faits qui appartiennent bien à la personnalité du malade et qui sont mis en dehors » (3). D'ailleurs certains malades arrivent eux-mêmes à cette expression du fait : Lise, quand elle se sent responsable de toutes les sottises des autres, explique le fait à sa façon : « C'est que ma personne n'a pas de limite bien nette, elle est trop large et s'étend sur celle des autres. » En ces termes l'explication ne me paraît guère avoir fait de progrès, c'est en somme exprimer en d'autres termes ce que nous avons appelé « excès de subjectivation ou d'objectivation ».

D'autres auteurs essayent de préciser : « Ce trouble de la non appropriation à la personnalité, disaient M. Guiraud et Mlle Yvonne Le Cannu, peut se présenter à propos de la plupart des événements psychiques, il résulte d'un défaut d'intégration à la cœnesthésie physique réalisant normalement l'intuition du moi, c'est une cœnestopathie dystonique. » Je m'étonne un peu que l'on parle de cœnesthésie à propos de phénomènes aussi complexes : il ne s'agit pas ici de sensibilité élémentaire, mais d'appréciations beaucoup plus élevées dans les récits des phénomènes, il faudrait nous montrer que l'histoire de notre personne dépend de sensations cœnesthésiques. C'est bien douteux, car nous rattachons à notre propre histoire même les périodes où nous nous sentons très malades et on ne nous montre aucunement chez les persécutés des sensations cœnesthésiques spéciales auxquelles ils rattacheraient la personnalité des autres. D'ail-

(1) Les sentiments dans le délire de persécution. *Journal de Psychologie*, mars-avril 1932, p. 211.

(2) DELACROIX. — *Journal de Psychologie*, 15 décembre 1921, p. 799.

(3) CEILLIER. — *L'Encéphale*, 1927.

leurs j'ai déjà dit combien il fallait se défier de ces mots vagues de cœnesthésie et de cœnestopathie. Mais l'idée générale exprimée par ces auteurs n'en reste pas moins, à mon avis, très exacte, car il s'agit toujours dans ces troubles d'un défaut dans l'appropriation de certains faits psychologiques à la personnalité.

Quoique je les aie discutées sur certains points, je trouve intéressantes les expressions de M. Ceillier quand il parle des modifications de notre activité qui mettent un désaccord entre l'état présent et l'état passé, qui rompent l'unité de notre vie affective et sapent à la base le sentiment de notre unité personnelle ; certaines périodes de notre vie paraissent étrangères et l'auteur cite à ce propos des heures creuses qu'aucun souvenir affectif ne remplit (1). Ces citations, qu'on pourrait facilement multiplier, montrent combien de divers côtés on sent qu'il y a lieu de rapprocher les troubles de la conscience personnelle et les sentiments d'emprise.

Ces opinions théoriques peuvent être justifiées par bien des observations cliniques. Un groupe de sentiments en apparence différents des sentiments d'emprise est rattaché d'ordinaire sans hésitation aux troubles de la conscience personnelle, ce sont *les sentiments du vide*, que l'on appelle quelquefois des sentiments de dépersonnalisation. Les plus typiques de ces sentiments du vide sont les sentiments de l'étrange, de l'artificiel, du lointain, du dédoublement, de l'irréel, etc., qui s'appliquent non seulement aux choses, mais aussi aux personnes du dehors et à la personne même du sujet.

En rappelant ces sentiments du vide j'ai montré combien ils étaient différents des véritables sentiments d'emprise qui comportaient un tout autre pronostic : « Sans doute les deux groupes de sentiments ont un élément commun, le sentiment de perte, de privation, mais dans les sentiments d'emprise il y a quelque chose de plus, il y a l'affirmation d'une action humaine extérieure et le sentiment de l'hostilité de ces êtres extérieurs ». Il ne faut pas confondre le malade qui dit : ce n'est plus moi qui marche et celui qui dit : on me fait marcher.

Entraîné peut-être par le désir d'une analyse plus exacte, je n'ai pas insisté suffisamment sur le rapprochement des deux groupes de sentiments. Si on examine des psychasthéniques incontestables, au milieu de leurs expressions des sentiments du vide on surprend des expressions qui font penser aux sentiments

(1) CEILLIER. — *L'Encéphale*, 1927, p. 292.

d'emprise des persécutés. Lætitia est une malade que j'ai souvent appelée « la dormeuse ou la belle au bois dormant » ; elle est avant tout, depuis des années, une asthénique psychologique et n'a rien d'une persécutée. Cependant elle dit souvent : « Ne faites pas attention à ce que je dis, c'est une autre personne qui agit et qui parle à ma place ; je m'écoute moi-même parler et si ce que je dis traduit ma pensée, j'en suis bien étonnée... Mes jambes marchent comme celles d'un automate bien remonté, je suis une femme mécanique, je vous donne la main, mais ce n'est pas moi qui vous la donne, il me semble que si c'était moi je la donnerais autrement, j'aurais senti autre chose ; je ne suis responsable de rien de ce que je fais, c'est un autre qui en est responsable. » S'agit-il du sentiment de dépersonnalisation ou du sentiment d'imposition ? Je pourrais rappeler bien des citations que j'ai déjà faites : « Tout en moi est lettre morte, je ne suis plus une femme qui ait un cœur, je ne suis plus qu'un pauvre mannequin tiré par des ficelles de tous les côtés. On me vole ma pensée, on me vole mon âme, on me prête l'âme d'un autre. Je change à chaque instant de propriétaire, il y a derrière la muraille quelqu'un à qui j'appartiens, puisqu'il dispose de mes actions et de mes pensées » (1).

Inversement, si on considère des malades qui ont déjà passé de l'obsession sociale au délire de persécution on trouvera encore bien des expressions qui rappellent les sentiments du vide prédominants au début. En premier lieu ils expriment très souvent le sentiment de l'étrange et il est assez curieux de constater ce sentiment de l'étrange chez des malades dont nous venons d'entendre les affirmations convaincues. Henri que j'ai souvent cité, en dehors de ses sentiments de vol, d'écho de la pensée et de ses hallucinations, se plaint de ne plus rien comprendre « dans ce monde devenu si extraordinaire ; je regarde autour de moi sans rien comprendre, cela me tourmente de voir que les choses sont tellement changées... Tout devient étrange et absurde, une sorte de comédie se joue autour de moi ». Le sentiment de l'étrange à lui seul ne paraît pas très démonstratif, car c'est un sentiment très vague qui signifie seulement que quelque chose paraît changé dans la régulation des actes sans préciser quelle est la nature de ce changement ; il peut apparaître au cours des maladies mentales très différentes. Mais nous voyons déjà dans ces expressions du malade le sentiment de l'artificiel et de la

(1) Cf. *Obsessions et psych.*, 1903, II, p. 53. *Médications psych.*, 1919, II, p. 175, 178.

comédie qui va se développer chez d'autres malades. « Tout est artificiel autour de moi, tout est faux, tout est truqué, je vous en prie, expliquez-moi, je ne suis plus moi, je ne sais plus si je suis... Une partie de la conduite des gens m'échappe. »

Ces expressions se rencontrent le plus souvent au début du délire de persécution proprement dit, quand le malade transforme ses idées obsédantes de scrupule social qui sont au début plus fréquentes qu'on ne le croit : « C'était d'abord en moi et autour de moi un grand vide, j'étais comme un mannequin, comme une planche ». Le sentiment de dédoublement, si fréquent chez les psychasthéniques « je ne suis pas moi toute entière », n'a fait que se perfectionner quand le malade a donné une vie indépendante à l'une des parties dont il sentait déjà le développement en lui-même. « Il me semble qu'il y a quelqu'un en moi qui se nourrit à mes dépens » (1). On peut quelquefois suivre le passage d'une forme à une autre : M. Raymond Mallet observait aussi que l'on voit « nombre de psychasthéniques » franchir la limite et tomber dans les sentiments d'automatisme (sentiments d'emprise) : Edouard, que j'ai pris comme type d'un délire de persécution au début, se plaint continuellement de la perte de tout plaisir, de tout intérêt, il a tous les sentiments du vide et de l'irréel, mais il ne parle que de lui-même et des troubles de sa personnalité. Dès qu'il est fatigué il change de ton et il se plaint d'un camarade « qui a pris de l'influence sur lui, qui le force à faire en public des gestes ridicules et qui lui vole sa pensée et ses sentiments ». Nex. f., 35, me disait au début : « Quand je marche dans la rue mes vêtements semblent ne plus être à moi, ils paraissent tomber, je n'ai plus rien sur moi, plus de ventre, plus rien, on dirait que je perds mon épaisseur. » Quelques mois après elle disait : « Ils m'ont pris ma force et ma santé, ils me volent ma pensée et ma réalité. » J'ai même constaté le mélange des sentiments du vide avec les hallucinations verbales caractéristiques : ce jeune homme, Henri, entend autour de lui des voix qui l'insultent et qui crient : « Voilà le socialiste », mais il remarque lui-même que l'attitude et les gestes des camarades auxquels il attribue ces voix ne correspondent pas aux paroles qu'il entend : « Ils ont l'air d'automates, de Polichinelles, il y a de l'irréel dans leur attitude, on dirait qu'ils ont perdu leur épaisseur. »

Il est facile de voir que certains délires développés ultérieure-

(1) Sentiments dans le délire de persécution. *Journal de Psychologie*, mars-avril 1932, p. 189, 194.

ment ont à leur point de départ des sentiments caractéristiques qui appartiennent à la série des sentiments du vide. J'ai montré le délire curieux de Mme Sansonnet : son persécuteur l'avait forcée autrefois à prédire certains événements qu'elle percevait actuellement. Ce délire avait son point de départ dans des sentiments de « déjà-vu » qui consistent dans la perte plus ou moins complète des sentiments qui caractérisent le présent et se rattachent aux sentiments du vide. On sait que le délire des Sosies joue un rôle dans beaucoup de délires chroniques : Florence, persécutée délirante, donne des Sosies à son mari, à ses enfants, aux docteurs et aux gardes, exactement comme Clarisse, psychasthénique scrupuleuse délirante : il y a au point de départ un défaut de reconnaissance qui est un sentiment du vide. A propos d'un même schéma perceptif s'est organisée une notion double, celle de deux personnages différents par les sentiments qu'ils excitent, l'un accompagné dans la représentation par les sentiments vifs que cette personne amenait autrefois, et que l'on attend, l'autre par le vide des sentiments que le sujet constate dans sa perception actuelle ; ces deux personnages sont cependant identiques dans la réaction perceptive qu'ils éveillent et les Sosies sont justement des personnages différents et indiscernables (1).

On peut faire la même remarque à propos du délire des Frégolis que nous avons déjà étudié à propos des fausses reconnaissances et qui consiste à retrouver le même personnage en percevant des individus différents : il s'agit encore d'un trouble des sentiments qui accompagnent la perception, de la permanence et de la prépondérance d'un même sentiment malgré la différence des perceptions. Ce dernier trouble se rattache plutôt aux sentiments d'emprise et à une modification dans la perception de la personnalité des autres. Ce qui m'a semblé curieux c'est que l'on peut observer ces deux troubles plus ou moins simultanés chez le même malade, ce qui rapproche encore les deux formes des troubles de la personnalité (2).

On peut remarquer aussi que les persécutés, au début, ont souvent des trucs protecteurs comme les obsédés eux-mêmes et qu'ils ont aussi le même besoin de direction : « J'ai besoin qu'on vienne me chercher, qu'on me mette à ma place, qu'on me dirige, je suis comme dans un désert et je cherche un main qui me tienne. » Plus tard ce sera ce même besoin qui fera naître les

(1) *Op. cit.*, p. 204, 205.

(2) *Op. cit.*, p. 205.

alliés, les bons génies protecteurs que M. Ségla nous a fait connaître. Plus qu'on ne le croit, le persécuté a des manies de l'amour aussi bien que des manies de la haine.

La série des sentiments du vide (sentiments de dévalorisation, de sécheresse, d'intellection, d'automatisme, de dépersonnalisation, d'éloignement, de mort, d'irréel), qui peuvent être chroniques ou exagérés dans les crises de psycholepse et les sentiments d'emprise qui s'exagèrent dans la mentalité du persécuté (les sentiments d'imposition, de présence, de devinement, de vol, d'écho de la pensée), sont en réalité assez rapprochés et contiennent un fond psychologique analogue. Dans le sentiment qu'on nous a volé quelque chose il y a le sentiment que nous avons perdu cette chose, que nous ne l'avons plus à notre disposition ; dans le sentiment d'imposition, le persécuté sent, comme le psychasthénique, qu'il a perdu sa liberté. Les idées de Madeleine viennent tantôt de Dieu, tantôt du Diable, mais jamais elle n'accepte que ces idées viennent simplement d'elle-même.

Dans les sentiments du vide le sujet n'est plus capable de rattacher certains actes à sa propre personnalité, ni même à aucune personne, car il les laisse en l'air sans en attribuer la propriété à personne ; dans le sentiment d'imposition et dans les sentiments d'emprise en général, le sujet continue à nier l'attribution de ces actes à lui-même, mais il en donne la propriété à un autre. Il s'agit toujours de l'attribution des actes à une personne et d'erreurs dans le sentiment de la propriété des actes. Comme je le disais en terminant une étude précédente : « Les sentiments d'emprise contiennent un noyau qui est constitué par les sentiments du vide, mais ils y ajoutent, sous forme d'objectivation intentionnelle, toutes sortes de complications.

Le trouble essentiel des sentiments du persécuté est bien en effet une exagération de l'objectivation sociale intentionnelle (1). Le malade halluciné prétend entendre au dehors une voix venant du plafond qui lui crie : « Viens avec nous ou nous te ferons condamner par la police. » Mais nous avons vu ses lèvres remuer, des laryngologistes dans des cas semblables ont constaté les vibrations du larynx, M. Ségla nous a montré que les voix extérieures s'arrêtent quand le malade compte tout haut. Il est évident que c'est lui-même qui a prononcé cette phrase ou qui a eu l'intention de la prononcer et qu'il l'objective en croyant qu'elle vient d'un ennemi caché dans le plafond.

Il ne s'agit pas d'une simple extériorisation du mouvement :

(1) Cf. *Obs. et psych.*, 1903, I, p. 679 ; *Journ. de Psych.*, 1932.

l'épileptique qui joue aux dames avec un camarade et qui lui dit : « Qu'avez-vous donc, vous pâlissez, vous allez tomber », quand il tombe lui-même n'est pas un persécuté halluciné. Le persécuté ne met pas toujours le phénomène moteur à l'extérieur : Flavie se plaint qu'on lui fait faire sa lessive « mais elle est bien forcée de constater que ce sont bien ses bras à elle qui remuent et qui font la lessive ». L'extériorité des mouvements n'existe bien chez le persécuté que pour les mouvements de la parole, parce que le sujet ne se rend pas bien compte dans ce cas des mouvements de son larynx et de sa bouche comme Flavie des mouvements de ses bras. Ce que le persécuté objective c'est l'origine intentionnelle du mouvement, c'est la cause du mouvement. Cette attribution de la causalité à autrui ne doit pas être considérée comme une induction logique sur la cause du mouvement ni comme un essai d'explication. Ce que le malade met au dehors c'est simplement l'acte lui-même qui contient impliquées les notions de production et de causalité non encore évoluées. La notion de l'acte qui est si obscure se présente comme un ensemble confus de formulations verbales dans la pensée, d'intentions plus ou moins sentimentales et de mouvements plus ou moins visibles ou plus ou moins représentés. L'objectivation consiste à attribuer cet acte plus ou moins complet à la personnalité du socius, c'est au fond un trouble dans la répartition des actes. Le trouble de la personnalité, qui joue ici le rôle principal, est plutôt un trouble de la personnalité des autres et c'est cette notion de la personnalité des autres qu'il est important de considérer.

A côté de cette objectivation sociale intentionnelle on constate chez d'autres malades, il ne faut pas l'oublier, une conduite qui paraît inverse. Lise vient me dire en pleurant qu'un ménage de ses amis a fait de mauvaises spéculations à la Bourse et s'est ruiné ; ce qui la désole c'est qu'elle se sent responsable de cette ruine : « Non, je n'ai pas moi-même acheté les valeurs à la Bourse, mais j'ai dû, je ne sais comment, leur faire acheter ces titres, j'ai dû leur inspirer l'idée de cet achat. » N'est-ce pas en quelque sorte le sentiment de l'imposition à l'envers ? Le sujet ne sent pas peser sur lui l'imposition venant d'un autre, mais il se sent faire lui-même l'imposition sur un autre. Sans doute Lise ne s'attribue pas à elle-même le mouvement des mains ou des lèvres, elle n'intériorise pas l'acte tout entier, mais elle s'attribue l'initiative, l'intention, l'acte de ses amis considéré dans son ensemble d'une manière vague. On peut dire que c'est une subjectivation sociale intentionnelle qui se retrouve dans beaucoup d'ob-

sessions de cette femme et chez la plupart des obsédés scrupuleux. Ici encore il y a un trouble profond de la personnalité, car les malades intègrent dans leur personnalité des actes qui en réalité ne leur appartiennent pas.

Il est intéressant de remarquer que ces deux troubles de la personnalité peuvent se présenter chez le même malade à des époques différentes. Je rappelle l'observation de Uw., h., 40 (1) : pendant une grande partie de sa vie il a été un obsédé scrupuleux tourmenté par des remords à propos de ses amours et de ses actes professionnels. Si une maîtresse ne venait pas à ses rendez-vous, c'est qu'il avait été maladroit avec elle, si un collègue avait reçu un reproche du chef de bureau, c'est qu'il l'avait dérangé dans son travail. Aussi est-il curieux d'observer que plus âgé, à partir de 40 ans, il est devenu un grand halluciné et qu'il attribue à sa mère ou à son chef de bureau des machinations mystérieuses qui font rater ses rendez-vous, et qui amènent des désordres dans son travail professionnel. Je citais aussi le cas de Rp., f., 50, qui toute sa vie a été une obsédée scrupuleuse avec manie des présages et pseudo-hallucinations symboliques. Dans une période de dépression plus grande, elle est tourmentée par l'idée que des Juifs puissants ont mis la patte sur elle, qu'ils lui ont enlevé toute liberté, qu'ils lui ont fait signer des actes absurdes et en particulier l'abandon de toutes ses propriétés. Tantôt elle dit que cet abandon a été signé par elle parce qu'elle a toujours été distraite et bête, tantôt elle dit que l'acte a été préparé, imposé sans sa volonté et presque fait entièrement par les Juifs puissants.

Ces attributions des actes à la personnalité du sujet ou à la personnalité du socius semblent se rattacher à l'une des dernières phases de l'édification de la personnalité, celle de la *biographie obligatoire*. Un perfectionnement de la personnalité dépend en effet de la mémoire, car nous devons grouper autour de notre nom et des représentations corporelles fondamentales l'histoire des actes que nous nous attribuons de même que nous groupons autour des représentations élémentaires et des noms des autres leurs actes caractéristiques. Des enfants déficients ont longtemps désigné devant moi une personne qui leur avait fait une visite par ces épithètes homériques : « La dame qui nous a apporté des cerises... La dame qui nous a fait gronder ». Ces troubles de l'objectivation et de la subjectivation sociales seraient des troubles dans l'organisation des récits personnels.

(1) Cf. *Médications psychol.*, III, p. 438.

Cette interprétation ne me paraît exacte que lorsqu'il s'agit des délires. Les délires ne sont pas, comme on le répète trop souvent, des explications que le sujet donne aux autres et à lui-même d'une situation qu'il trouve lui-même extraordinaire, cela n'est exact que pour des perfectionnements du délire. Les délires sont des récits sociaux, ils sont les récits des actes d'un certain groupe d'hommes que l'on peut appeler le groupe des familiers. Sans doute les malades présentent dans ces récits les troubles de l'objectivation et de la subjectivation, mais c'est parce que le récit présente ces événements sociaux comme ils ont été sentis auparavant. Cette répartition erronée des actes existe antérieurement dans les sentiments éprouvés au moment de l'exécution de ces actes. Ces remarques sur les sentiments du vide et sur l'objectivation confirment cette idée générale que beaucoup de troubles de persécutés et de scrupuleux dépendent de l'organisation de la personnalité et les auteurs cités au début avaient raison de rattacher les sentiments d'emprise à la théorie de la personnalité.

2. — Les deux personnalités, le sujet et le socius

Malgré ces constatations cette interprétation des délires sociaux par des troubles de la personnalité ne s'est pas développée et elle est restée très vague. On était peut-être gêné par le souvenir des grands troubles de la personnalité dans les somnambulismes qui ne présentent aucun trait rappelant le délire de persécution. Mais la raison principale de ce discrédit c'est que les psychiatres auraient eu besoin dans cette étude de notions psychologiques nettes sur la connaissance de la personnalité des autres aussi bien que sur la connaissance de notre propre personnalité. Malheureusement la psychologie a toujours été très en retard dans ses solutions sur les problèmes que pose sans cesse l'observation clinique et elle ne fournissait aucune directive utile sur l'étude de la personnalité des autres hommes.

On peut le remarquer en regardant le traité d'ailleurs si intéressant de Garnier sur « *Les facultés de l'âme* », 1872. L'auteur traite assez longuement la perception de notre propre personnalité qu'il considère d'ailleurs comme une donnée primitive de la conscience immédiatement complète, mais il ne paraît guère soupçonner le second problème, celui de la connaissance de la personnalité des autres. Il décrit les inclinations sociales comme des instincts naturels : « La nature nous attache aux

êtres animés par des instincts de différents genres... L'homme est conduit par un penchant naturel vers la société de ses semblables » (1). Si on essaye de se représenter la conception de l'auteur et celle des psychologues de son époque sur la connaissance de la personnalité du socius, on peut dire que pour eux cette connaissance était secondaire comme une sorte d'induction. L'homme connaît immédiatement par la conscience sa propre personnalité et il induit d'après certains signes de la physionomie et de la parole la personnalité du socius : cette connaissance secondaire se rattache à l'étude de la physionomie et du langage. Cette interprétation est intéressante quand il s'agit de phénomènes supérieurs, des intentions et des idées qui peuvent être gardées secrètes et qui sont exprimées par le langage ; mais elle n'explique pas la notion immédiate et sans réflexion qui existe même chez le petit enfant d'un être extérieur à lui, mais identique à lui ayant les mêmes sentiments et la même conscience. L'induction et l'interprétation des signes ne peut donner que l'hypothèse d'une autre conscience analogue à la notre et permet toutes les autres suppositions, tandis que nous avons une certitude immédiate et en quelque sorte réflexe des sentiments d'autrui : on ne discute que sur le détail de ces sentiments et non sur leur existence. De cette interprétation théorique et philosophique sont venues les interminables discussions sur la conscience des animaux qu'on aurait pu répéter sans avancer davantage à propos de la conscience des hommes qui nous entourent. Cette interprétation philosophique ne fournissait aucune assistance au psychiatre qui constatait des confusions entre la conscience du sujet et celle du socius, confusions bien bizarres si le sujet n'avait en réalité qu'une seule conscience, la sienne, et s'il se bornait à avoir une idée, une hypothèse à propos de l'autre. Comme je l'ai déjà dit, j'ai toujours l'impression que les psychiatres sont obligés d'appliquer à des phénomènes très particuliers et très concrets des notions philosophiques trop générales et trop abstraites. C'est pourquoi il est juste de chercher s'il n'est pas possible d'utiliser quelques considérations plus précises sur les conduites sociales et de tenir compte de quelques progrès récents dans la psychologie de ces conduites sociales.

C'est l'école américaine qui sur ce point a pendant quelque temps dirigé le mouvement : William James exprimait déjà une notion nouvelle, c'est que la conscience de la personnalité n'est

(1) GARNIER. — *Traité des facultés de l'âme*, 1872, I, p. 231, 233.

pas une donnée immédiate, mais qu'elle est complexe et variable, qu'elle a été édiflée peu à peu par l'esprit humain. Il distinguait bien des formes variables de cette conscience personnelle, la personnalité corporelle, la personnalité morale, la personnalité religieuse, mais il insistait surtout sur la personnalité sociale à laquelle il donnait la plus grande importance. Un autre philosophe américain, également professeur à la grande université de Harvard, a développé ces idées d'une manière remarquable : Josiah Royce, comme il le dit toujours, a pris la thèse de James comme le point de départ de ses travaux.

Les idées de Royce, exprimées surtout dans un ouvrage anglais en deux volumes, d'un caractère très philosophique, n'étaient peut-être pas très facilement accessibles. Nous pouvons aujourd'hui les étudier plus facilement, grâce à la belle thèse française de M. Moses Judah Aronson : « *La philosophie morale de Josiah Royce* », 1927. Josiah Royce soutenait déjà, en 1895, ce que je répète depuis quarante ans, que la personnalité humaine et ses troubles ne peuvent dépendre de la sensibilité ni de la mémoire, « car la sensibilité et la mémoire peuvent présenter de graves atteintes sans que la personnalité soit troublée » (1). Selon sa doctrine, la personnalité dépend surtout de phénomènes sociaux. La personnalité humaine n'est pour lui qu'une formation sociale, elle n'existe que dans la société et par la société ; en dehors de la société il n'y a pas de raison pour qu'il y ait des personnes humaines. L'auteur américain insiste sur l'importance du costume, de la situation hiérarchique, du commandement, de l'obéissance pour constituer ce que nous appelons la personnalité (2). Cette conception, qui était présentée par Royce d'une manière plutôt philosophique et morale, a été reprise d'une manière peut-être plus psychologique par Marc Baldwin : celui-ci a montré, surtout dans ses premiers livres, que la personnalité s'édifie sur les rapports des hommes les uns avec les autres et qu'elle se construit lentement dans la société. Les études sociologiques ont naturellement adopté au moins en partie ces conceptions : nous en trouvons bien des applications intéressantes pour la psychiatrie dans le livre de M. Ch. Blondel sur « *la psychologie morbide* », 1914. « Les troubles de la personnalité, dit M. Blondel, dépendent de ce fait que les malades ne sont plus assez socialisés, ils ne vivent plus suffisamment dans la société, ils sont devenus pour ainsi dire des isolés et leur per-

(1) *Psychological review*, 1895, p. 442.

(2) Cf. *Cours sur l'évolution de la personnalité*, 1929, p. 180.

sonnalité nous paraît incompréhensible parce qu'ils ont perdu le caractère social indispensable à une personnalité humaine (1). »

Une notion très importante se dégage de cet enseignement américain, quoique, peut-être, elle ne soit pas assez nettement exprimée dans tous ces livres : c'est que les deux personnalités, celle du sujet et celle du socius s'édifient ensemble d'une manière confuse et qu'elles présentent toutes les deux à la fois les mêmes progrès. Plusieurs de ces auteurs semblent disposés à dire que la personnalité du socius s'édifie la première et que la personnalité du sujet en dérive. Cela me paraît exagéré et ne peut être exact que dans des détails particuliers : en général il n'y a pas de caractère qui au début apparaisse isolément dans l'une ou dans l'autre personnalité, il n'y a pas un mécanisme spécial pour le personnage du sujet et pour celui du socius.

Le problème de la personnalité prend un aspect inattendu ; ce qu'il faut expliquer ce n'est plus la construction isolée de la personnalité du socius ni sa ressemblance avec la personnalité du sujet, c'est la distinction et la séparation de celle-ci, c'est l'attribution séparée de tels ou tels actes à l'une ou à l'autre de ces deux personnalités primitivement confondues. C'est là que commencent les problèmes qui intéressent la psychiatrie. Un psychiatre allemand cité par M. Edg. Michaélis et qui d'ailleurs s'inspire de Nietzsche dans son livre sur « les infériorités psychiques » a montré que le conflit entre « le mien et le tien » forme le problème central de tous les dédoublements psychiques : on pourrait dire plutôt de tous les délires sociaux (2). Le même auteur nous rappelle les recherches de M. Max Scheler sur le même point. Cette transformation du problème de la personnalité se rattache à une loi générale de l'évolution des fonctions physiologiques qui commencent sous une forme complexe et qui arrivent à des dissociations plus précises. Le cloaque des animaux primitifs a donné naissance à l'anus, à l'uréthre et au vagin ; on se souvient de la belle discussion de Baldwin sur l'origine des idées de matière et d'esprit qui au début étaient confondues dans une idée complexe présentant des caractères de l'une et de l'autre et qui se sont distinguées plus tard.

Le problème de la propriété des objets matériels, que l'on considère trop comme un problème juridique et politique et qui est avant tout un problème psychologique et même psychiatrique, nous présente simplement un des aspects du problème

(1) Ch. BLONDEL. — *Op. cit.*, p. 181.

(2) Edg. MICHAÉLIS. — *Freud, son visage et son masque*, 1932, p. 201.

de la personnalité. Nous possédons nos habits et nos meubles de la même manière que nous possédons nos actes. Nous attribuons à un socius la possession d'une maison avec les bénéfices et les charges qu'elle comporte, comme nous lui attribuons la propriété d'un acte avec ses responsabilités. C'est ce que montrait déjà M. Ettore Galli dans son livre intéressant : « *Nell dominio del io* » (1919). La propriété a commencé par des formes du communisme de même que la responsabilité des actes bons ou mauvais a d'abord été commune à la tribu (1). La propriété de chacun a été peu à peu distinguée et isolée de la propriété commune dans la mesure où la personnalité individuelle s'est distinguée de la personnalité vague et commune et la répartition a présenté les mêmes difficultés et les mêmes erreurs. La propriété personnelle évoluera de la même manière que la notion de personnalité individuelle.

Dans plusieurs études, j'ai essayé de préciser et de développer si possible, ces explications sociales de la personnalité, d'abord dans mon cours sur « *l'évolution de la personnalité* », 1929, puis dans mes articles sur « *les sentiments dans le délire des persécutions* », 1932 ; j'essayais de montrer le caractère double de toutes les conduites sociales qui présentent toujours un mélange de la conduite du sujet et de la conduite attribuée par lui au socius.

Un détail intéressant c'est que quelques mois après, en juin 1932, M. Henri Wallon publiait, dans le même journal de psychologie, un travail important sur « *la conscience de soi chez l'enfant de 3 mois à 3 ans* ». Cet article était écrit tout à fait indépendamment du mien, il avait un point de départ tout à fait différent : tandis que mes études sur la personnalité n'étaient fondées que sur des observations de malades, M. Wallon faisait à peine une allusion à la pathologie et fondait toute son étude uniquement sur l'observation des enfants. Il n'en est que plus intéressant de remarquer que ces deux articles se rencontrent d'une manière remarquable sur une conception analogue de l'acte social et de l'évolution de la conscience personnelle.

Cette conception de la personnalité sociale, encore si insuffisante sur bien des points, me paraît pouvoir rendre des services pour diriger l'étude des troubles sociaux et en particulier des troubles que nous observons chez les hallucinés et chez les interpréteurs. Ne peut-elle pas être précisée en lui appliquant les notions déjà connues sur l'évolution et les stades de l'évolu-

(1) Cf. DE LAVELEYE. — *De la propriété et de ses formes primitives*, 1882.

tion des conduites psychologiques ? Un caractère très important de ce travail complexe c'est qu'au travers des générations animales et humaines et maintenant encore pendant le développement de l'enfant, il s'est accompli peu à peu. On a déjà montré bien souvent que certaines populations primitives ne comprenaient pas la personnalité de la même manière que nous, on a fait la même observation sur les enfants, enfin nous venons de voir chez des malades des aspects différents de la conscience personnelle ; c'est pour réunir tous ces faits que la psychologie représente sous la forme d'une évolution ces transformations graduelles des conduites personnelles.

La description psychologique est obligée d'admettre une série de stades dans cette évolution et à chaque stade de présenter un aspect spécial de la conduite personnelle chez le sujet et chez le socius. Ce n'est là qu'un aspect spécial des notions sur la hiérarchie des fonctions psychologiques. Sans doute cette évolution a été probablement plus continue et plus irrégulière avec des avances chez les uns, des stagnations et des reculs chez les autres. Mais il est nécessaire pour nous comprendre de représenter les choses d'une manière un peu schématique. Si le mot « stades de l'évolution de la personnalité » paraît un peu ambitieux, disons que les faits nous proposent une série de problèmes successifs que les psychiatres de l'avenir résoudront bien mieux et que nous nous bornons à présenter dans un certain ordre commode pour ranger les observations.

3. — Les premiers stades de la personnalité sociale

On admettait autrefois que la conscience et la personnalité étaient des caractères absolument généraux propres à tous les hommes et même à tous les êtres vivants. Ce sont là des caractères de l'homme actuel, adulte et bien portant, des caractères souvent déterminés par l'organisation sociale. La police nous oblige aujourd'hui à avoir tous un nom propre, une situation déterminée et même des souvenirs assez précis ; mais la science doit s'élever au-dessus de ces organisations peut-être momentanées et elle doit reconnaître que cette forme de personnalité qui est la notre n'a rien d'universel et de nécessaire. Il y a eu et il y a encore des êtres vivants qui ont des mouvements et des actes psychologiques élémentaires et qui n'ont ni conscience ni personnalité au sens où nous l'entendons. Depuis longtemps l'observation populaire a distingué des animaux sociaux et des ani-

maux non sociaux et comme la personnalité a les rapports les plus étroits avec les conduites sociales, il est bien probable que des animaux non sociaux ne présentent pas de personnalité analogue à la notre.

La personnalité s'est construite peu à peu sur une base que nous connaissons très mal. On peut essayer de comprendre cette construction, en se représentant son point de départ par une sorte d'image. La vie, pour une raison quelconque que nous ne connaissons pas du tout, s'écoule entre des êtres séparés les uns des autres. On peut la comparer à la pluie qui tombe : il y a un réservoir d'humidité, une vapeur d'eau qui forme peut-être une masse unique. Pour une raison particulière, mettez si vous voulez la résistance de l'air, la masse d'eau tombe sous forme de gouttelettes séparées. De même la vie se présente sous forme de gouttes séparées les unes des autres : c'est là ce que donne la nature primitive. Les raisons pour lesquelles cela s'est passé ainsi sortent du domaine de la psychologie. C'est sur cette unité hypothétique des êtres vivants qui se séparaient les uns des autres que s'est construite une nouvelle unité, une unité psychologique qui s'est surajoutée à la première et qui est au fond la seule que nous connaissons car nous avons construit la première à son image.

Sur ce fait de la subdivision de la vie en petits éléments distincts s'est groupé, par suite du développement des actions, puis de l'adaptation des êtres les uns aux autres tout un ensemble de conduites psychologiques qui ont donné naissance successivement aux différentes formes de la personnalité. Celle-ci a traversé d'abord ce que nous avons appelé *le stade du corps propre*, puis le stade des régulations, des *sentiments* qui correspondent à une première organisation de la personnalité dans l'espace. Nous sommes arrivés ensuite à *la conscience*, à la prise de conscience, à la formation de *l'individu*, du *personnage*, du *moi*, de *la personne* dans le milieu social. Plus tard, si on se place au point de vue du temps et de la mémoire, on voit s'édifier petit à petit la biographie de la personne et l'individualité.

Il n'y a pas lieu de revenir ici sur ces premières conduites du corps propre qui ont été étudiées ailleurs (1). Nous ne parlerons par des interprétations naïves de la prétendue cœnesthésie, des réflexes de posture, des réactions kinesthésiques ni des premières régulations de l'équilibre. Grâce à cette première évolution, les êtres vivants sont devenus des corps et des corps distincts les uns des autres.

(1) *Cours sur l'évolution de la personnalité*, 1929, p. 25, 67.

Il est seulement intéressant de rappeler que l'on ne peut pas exposer cette formation du corps propre sans faire allusion à la perception des objets et à la séparation des objets. Déjà, dans ces premières ébauches de la personnalité, s'applique la même règle qui détermine les formes sociales de la personnalité : les conduites du corps propre sont d'abord des conduites perceptives relatives à des objets quelconques, puis elles se systématisent à un objet particulier qui se distingue des autres. Les objets sont simplement un ensemble de conduites réflexes superposées les unes au-dessus des autres et groupées d'une manière particulière. Les objets se distinguent d'abord par la nature de ces groupements et ensuite par des mouvements de l'ensemble du corps pour passer de l'un à l'autre, c'est-à-dire pour amener à la consommation complète les conduites relatives à tel ou tel objet. Des objets mouvants éveillent dès le début des conduites particulières. Ces conduites vont devenir le point de départ des actions vis-à-vis des corps vivants et plus tard des conduites sociales, mais pour le moment il ne s'agit que d'une réaction particulière, toujours la même pour le même objet mouvant qui devient ainsi un objet particulier, mais avec les mêmes caractères généraux que les autres objets. Il est impossible et d'ailleurs inutile d'aborder ici la distinction du mouvement des objets matériels et du mouvement des êtres vivants, notons seulement qu'elle se fait avec bien des confusions d'assez bonne heure (1).

L'objet qui devient notre corps propre présente d'abord des caractères particuliers dans son « schéma perceptif » : entre autres caractères il n'a pas l'habitude de nous heurter, de nous blesser comme les autres objets, il peut au contraire être le point de départ de mouvements agréables. Ensuite il a un caractère de permanence, car le sujet même en se mouvant ne peut jamais réussir à se débarrasser de son corps propre. Par ces caractères le corps propre et même ses parties qui restent bien localisées en lui se distingue des autres objets avec lesquels il a d'abord été confondu, il devient un point de repère par rapport auquel les autres objets sont localisés et deviennent ainsi extérieurs au corps du sujet. C'est là la première extériorité des objets (2) qui ont commencé par être simplement tous extérieurs les uns aux autres. Il ne faut pas oublier que ce caractère d'extériorité par rapport au corps propre est tout à fait primitif, qu'il appartient

(1) *Op. cit.*, p. 137.

(2) Cf. *De l'angoisse à l'extase*, 1926, I, p. 75-87.

à toute représentation d'objet distinct et qu'il réapparaît facilement dès qu'il y aura représentation d'un objet distinct du corps propre.

Les conduites sociales ne sont au début qu'une variété des conduites perceptives et il n'est pas facile de dire ce qui les distingue. Un article de M. Rabaud sur ce sujet nous a inquiété, car il nous montre que chez bien des animaux, chez les insectes en particulier, nous exagérons beaucoup le caractère social des actes, que bien souvent des êtres qui nous paraissent vivre en groupes sociaux continuent à se conduire comme s'ils étaient seuls (1).

Tout le monde est d'accord pour admettre que la simple juxtaposition d'individus nombreux de la même espèce ne suffit pas pour former une société : des moules sur leur rocher ne sont pas une société. Il faut que les individus réunis aient les uns vis-à-vis des autres une certaine conduite particulière, il faut qu'ils aient des actes sociaux. Il ne suffit pas de dire que ces individus rassemblés ne se mangent pas entre eux, car ainsi que le remarque M. Rabaud, un animal peut refuser de manger un autre être vivant, simplement parce que le goût lui déplaît. M. Rabaud essaye d'aller plus loin en parlant d'une certaine interattraction qui rapproche certains êtres vivants. Mais il faudrait préciser les actes que détermine cette interattraction et distinguer ceux qui doivent être considérés comme sociaux, car des pucerons sont attirés par les feuilles de rosier et ne constituent pas avec eux une société. J'ai été heureux de voir que pour M. Rabaud le simple rapprochement sexuel ne suffisait pas pour caractériser un acte social, car j'avais essayé de montrer qu'il n'y avait dans l'acte sexuel considéré isolément que des réflexes psychologiques et des actes perceptifs dans lesquels le conjoint restait un simple objet.

Le plus souvent ceux qui parlent des conduites sociales passent sous silence le problème lui-même. Maudsley parlait déjà de la répression des passions sous le poids de la société qui exerçait sur les individus une pression formidable. Josiah Royce disait que la communauté est une chose réelle comme l'individu, car elle impose des lois à l'individu, mais il la place sur un autre plan en quelque sorte surhumain, ce qui sort de l'examen des faits psychologiques. Le Dantec parlait un peu dans le même sens, Durkheim qui craignait que la sociologie n'apparut comme

(1) Et. RABAUD. — Phénomène social et manifestations collectives. *Journ. de Psychol.*, 15 mai-15 juin 1934.

un chapitre de la psychologie, fait de la sociabilité un produit de la vie sociale, une conduite imposée par la société à ses membres.

Il a été facile de répondre à ces explications apparentes, Baldwin a déjà critiqué Maudsley (1) ; Hoffding remarquait aussi que ces institutions sociales sont des choses bien postérieures à la vie sociale elle-même. Les critiques de la conception de Durkheim sont bien résumées dans la thèse de M. Henri Berr : « Pour que la société agisse et punisse, il faut qu'elle existe déjà... La conscience sociale ne peut être que la représentation de la société dans les consciences individuelles (2). » J'ajoute : il faut déjà que les individus d'un groupe aient inventé les actes sociaux. Novicow nous démontrait que l'association par la vie sociale est le procédé le plus efficace pour éviter la mort, c'est possible, quoique bien des êtres élémentaires aient survécu sans la société, mais il ne suffit pas qu'une conduite soit utile pour qu'elle soit réalisée et les animaux n'ont pas inventé la machine à vapeur malgré son utilité.

La vie sociale commence quand les nécessités de l'interaction déterminent des conduites particulières qui n'existaient pas quand l'individu vivait seul. A chaque stade psychologique nous constatons l'invention, par un animal de génie si on veut, d'un acte nouveau qui devient le point de départ de ce stade supérieur. L'acte social qui apparaît à une certaine époque du développement psychologique est *une réaction aux actes de l'être vivant* au lieu d'être simplement une réaction à l'être vivant lui-même considéré comme un objet. Cette réaction aux actes prend son point de départ dans les réactions aux objets mouvants. Mais elle est plus complexe, car elle se surajoute aux réactions perceptives à un objet sans les supprimer. Le pain en tant qu'objet est toujours du pain, même s'il est placé dans différentes positions, même s'il est avancé vers nous ou retiré, la réaction qu'il détermine, son schéma perceptif ne peut pas être modifié sans que tout l'objet soit transformé, il ne peut pas provoquer complètement la réaction du poison sans faire cesser la conduite psychologique du pain. Du pain qui nous répugne peut garder quelque temps son nom à cause des habitudes sociales, mais au point de vue de la perception élémentaire il n'est plus du pain. Au contraire un socius bien connu qui est même caractérisé par un nom particulier peut s'avancer vers

(1) BALDWIN. — *Interprétations sociales*. Traduct. 1879, p. 475.

(2) HENRI BERR. — *La synthèse historique*, 1911, p. 169.

nous avec une attitude amicale ou avec une attitude menaçante et nous aurons vis-à-vis de lui selon les cas deux réactions différentes tout en conservant à son égard la même réaction d'ensemble et en lui donnant toujours le même nom. Cette réaction aux actes est une conduite particulière intermédiaire entre la conduite schématique propre à l'objet, ici au socius de tel nom et la réaction de rapprochement ou de défense vis-à-vis d'autres objets ayant régulièrement la conduite bienveillante ou malfaisante. Cette conduite intermédiaire contient déjà le germe des conduites intellectuelles élémentaires qui vont en effet sortir des conduites sociales (1).

C'est dans ces conduites sociales entendues comme des réactions aux actes que l'on peut placer le début de *la conscience psychologique*. Le problème de la conscience a été démesurément embrouillé parce qu'on a donné à ce mot tous les sens possibles et surtout parce qu'on l'a appliqué à un principe premier d'ordre métaphysique qui présiderait à tous les développements de la vie et de l'action. Pour nous dans les études de simple psychologie, quelle soit pathologique ou normale, le mot conscience doit simplement désigner un fait qui appartient à un certain stade du développement, je veux parler de la réaction de l'organisme à ses propres actions que nous voyons apparaître dans *les sentiments*, car ceux-ci ne sont pas autre chose que des régulations de l'action (2).

Cette régulation qui commence à apparaître dans les régulations kinesthésiques et dans les régulations de l'équilibre ne prend une forme nette qu'au stade social. Elle se développe en vertu de la règle que l'individu se conduit vis-à-vis de lui-même comme il le fait vis-à-vis des autres, c'est encore un aspect de cette confusion primitive des conduites vis-à-vis du socius et vis-à-vis du sujet. Le sentiment de l'effort qui est une accélération, le sentiment de la fatigue qui est un freinage, les sentiments de la tristesse et de la joie qui sont deux arrêts de l'action de deux manières différentes sont des réactions sociales vis-à-vis de nos propres actions. Prendre conscience d'un acte pour un esprit qui est encore simple, ce n'est pas seulement faire telle ou telle action selon les stimulations extérieures, c'est maintenir l'action, la faire durer, l'accélérer, s'il le faut, ou la freiner, ou l'arrêter pour la changer, ou l'arrêter complètement en gaspillant les forces mobilisées pour elle et résiduelles. Ces régu-

(1) Cf. *Les débuts de l'intelligence*, Flammarion, édit., 1935, p. 15.

(2) *De l'angoisse à l'extase*, 1926, I, 201, 213 ; II, 10, 121-126, 595.

lations sont encore très vagues parce qu'elles s'appliquent aux actes des autres comme aux nôtres et qu'il n'y a pas encore de distinction nette entre ces deux espèces de réactions. Ces régulations et ces conscientiations se rattachent à une opération psychologique importante que l'on peut appeler ici *la socialisation* ; une partie des actes du stade précédent est transformée à ce niveau et prend le caractère social. Non seulement les conduites perceptives relatives à des hommes, mais les conduites perceptives relatives à des animaux ou même à quelques objets physiques prennent aussi ce caractère social : tout ce qui est ainsi socialisé devient un Dieu ou mieux, devient humain.

Je n'insiste pas non plus sur la conduite de *l'individu* qui appartient au stade de l'intelligence élémentaire : il s'agit des conduites relatives au groupe et à la division du groupe auxquelles je viens de consacrer un petit volume : *L'intelligence avant le langage*, 1936 (Flammarion, édit). Retenons seulement que nous voyons apparaître comme complications des conduites sociales, les deux conduites toujours liées ensemble du groupe et de l'individu, cette liaison manifestant encore la confusion du sujet et du socius.

4. — La confusion des personnalités dans les croyances sentimentales

Un grand progrès dans l'évolution des personnalités se place au stade des premières croyances sentimentales, quand les individus mieux distingués sont désignés par des noms propres, quand les différents actes à peu près précisés dans le langage sont attribués à tel ou tel individu. Cependant, au début de ces croyances, quand elles ont encore la forme sentimentale, les confusions précédentes recommencent et le même acte est attribué vaguement dans le langage et dans la croyance aux deux individus principaux, le sujet qui parle et le socius. Cette confusion primitive a laissé sa trace dans un grand nombre de sentiments et de conduites.

Pour expliquer cette confusion, il est bon de rappeler quelques notions sur la représentation des actes du socius. L'acte que nous voyons devant nous et qui provoque seulement des réactions de rapprochement ou de défense, n'est pas connu de la même manière que nos propres actions : celles-ci sont représentées par des schémas d'ensemble, des intentions qui ne tiennent pas compte du détail des mouvements. Les actes d'un individu, placé

devant nous, sont au contraire perçus visuellement comme une série de déplacements qui, au premier abord, ne ressemblent pas aux premiers. C'est un point sur lequel a insisté M. Paul Guillaume dans sa belle thèse sur « *l'imitation chez l'enfant* » (1925). Pour que l'acte d'autrui devienne intelligible, pour qu'il puisse recevoir dans le langage le même nom qu'un acte correspondant exécuté par le sujet lui-même, il faut qu'il soit transformé et qu'il prenne une place parmi nos propres actions.

C'est ici qu'apparaît l'importance de l'œuvre de Gabriel Tarde qui a bien établi que le début de la vie sociale était dans *l'acte de l'imitation*. Il est vrai que Tarde n'a pas suffisamment approfondi le mécanisme de l'imitation elle-même, qu'il était trop disposé à la considérer comme une conduite instinctive fort simple. M. Paul Guillaume nous a bien montré que l'imitation, au contraire, était un acte compliqué qui se constituait peu à peu. Nous n'avons pas à étudier ici ce mécanisme, mais l'un de ses résultats. L'acte du socius ne détermine pas seulement une réaction sociale défensive, mais il détermine des imitations plus ou moins complètes et exactes que l'on voit de très bonne heure chez les petits enfants : ce qui fait que le sujet possède à la fois dans sa conscience, les schémas de ses propres actes et les schémas des actes du socius.

Baldwin signalait déjà cette conséquence importante de l'imitation qui faisait pénétrer dans la conscience d'un individu les pensées d'un autre. Beaucoup d'auteurs ont parlé dans le même sens, Marcel Proust disait très bien : « Nous ne connaissons jamais que les passions des autres, ce que nous arrivons à savoir des nôtres ce n'est que d'eux que nous avons pu l'apprendre. Nous comprenons les autres en devenant comme eux, nous devinons les autres en les imitant (1). » Aujourd'hui M. Marius Latour ajoute : « La perception implique la répétition de l'objet par le sujet; l'aptitude à la perception est fonction de l'aptitude à la répétition (2). » Je n'oserais pas affirmer que cela soit vrai pour toutes les perceptions : la perception du sein de la mère par le nourrisson dépend de l'acte de téter et non d'une répétition ou d'une imitation. Mais cela est très exact quand il s'agit des perceptions sociales, quand le sujet, pour pouvoir réagir d'une manière sentimentale à l'acte du socius, a besoin de le répéter en lui-même, comme un acte propre qu'il peut soumettre aux régulations sentimentales comme ses actes propres.

(1) M. PROUST. — I, p. 121.

(2) MARIUS LATOUR. — *Théorie générale des émotions*. Observations complémentaires, 1935, p. 7.

Quel que soit le mécanisme, il y a un moment où l'acte des autres hommes est plus ou moins reproduit par le sujet lui-même, où il fait partie des actes effectués par l'organisme du sujet. Est-il à ce moment bien distingué des actes effectués par l'initiative du sujet lui-même ? Sans doute la distinction se fera, car il faudra réagir d'une manière particulière quand l'acte se présente comme dépendant de cette initiative du sujet et d'une autre manière quand l'acte apparaît comme un acte du socius, mais il n'est pas certain que cette distinction ait été toujours bien faite. La considération des délires sociaux et surtout des sentiments d'emprise qui les précèdent, nous amène à une hypothèse nécessaire, c'est qu'il existe une période, ou, si on veut, un état psychologique dans lequel l'acte du socius imité et représenté et l'acte du sujet lui-même ne sont pas nettement distingués et se confondent plus ou moins en un seul bloc. C'est cette hypothèse que j'ai présentée sommairement dans mon article sur les sentiments du persécuté (*Journal de psychologie*, 1932). Cette hypothèse n'est pas uniquement une vue de l'esprit commode pour expliquer les sentiments d'emprise ; elle semble justifiée par l'analyse d'un certain nombre de sentiments et d'actes sociaux qui, encore aujourd'hui, conservent des traces de cette confusion primitive.

Considérons un sentiment fréquent qui est primitif et qui existe même dans l'enfance, comme le remarquait déjà Fénelon, mais qui se conserve à l'âge adulte et qui joue un grand rôle dans les délires sociaux, la *jalousie*. On définit la jalousie d'une manière en apparence assez simple en disant que c'est une souffrance, une dépression à forme du sentiment de l'échec mélancolique qui apparaît chez un sujet à l'occasion de la perception ou de la connaissance d'une joie, d'un succès d'une autre personne. Cette souffrance est si forte que le jaloux refuse de voir cette joie d'autrui et qu'il fait tous ses efforts pour empêcher ou pour supprimer ce succès d'un autre. Il a si bien le sentiment de cette opposition au succès d'autrui qu'il craint de la voir se retourner contre lui-même : le jaloux a peur d'être jaloué et il est disposé à expliquer par la jalousie des autres les difficultés qu'il rencontre et les obstacles à son propre succès ; les littérateurs et, en particulier, Marcel Proust, ont très bien décrit ces deux aspects du jaloux qui souffre à la pensée du succès d'autrui et qui cherche à l'empêcher, mais qui, en même temps, redoute que les autres ne souffrent de ses succès et ne travaillent à les empêcher.

On a observé aussi qu'il y a chez le jaloux une tendance à

l'accaparement : le jaloux ne peut pas tolérer que les autres aient une jouissance, quand il ne l'a pas avec eux, qu'ils fassent avec succès une action indépendante de la sienne. Martial qui, dans un hôtel, est d'abord satisfait de sa belle salle de bains, éprouve une angoisse quand il apprend qu'il y a dans cet hôtel trois mille salles de bains semblables et que les autres voyageurs peuvent prendre leur bain comme lui. J'ai parlé, à propos de ce fait, et d'autres semblables, d'une faiblesse des sentiments de jouissance qui ont besoin d'être excités par le piment du privilège et de l'exclusivité (1). Il n'y a pas que cela, le malade souffre de jalousie à la pensée que d'autres peuvent avoir la même jouissance que lui, indépendamment de lui, et cela contribue à affaiblir sa faculté de jouissance qui aura besoin d'excitants.

Les jaloux seront donc accapareurs et autoritaires, car ils souffrent d'une jouissance indépendante du socius et ne veulent pas lui laisser une initiative capable d'amener des jouissances de ce genre. Une forme curieuse de cet accaparement se manifeste dans les jalousies rétrospectives. Lox., f., 40, que j'ai souvent décrite, a été horriblement jalouse pendant des années « des maîtresses blondes que son mari a eues ou a dû avoir avant son mariage ». Nef., h., 32, après bien des efforts, a réussi à enlever une femme à son mari et à l'épouser à son tour : il devient horriblement jaloux des jouissances que cette femme a eues antérieurement avec son premier mari et il fait à sa femme des scènes terribles à ce propos. Plusieurs romans de Paul Bourget sont remplis d'analyses qui portent sur ces jalousies rétrospectives (2). Ces jaloux accapareurs ne peuvent même pas se représenter des actes anciens suivis de succès chez ceux dont ils veulent la possession exclusive et ils souffrent cruellement quand il s'agit d'actes passés qu'ils ne peuvent avoir à leur disposition.

Ce sentiment est en réalité assez bizarre : d'abord il n'est pas justifié, car le succès d'autrui dans le cas de la vraie jalousie ne nuit en rien au jaloux et ne le concerne pas du tout. Cela est particulièrement évident quand il s'agit des actes anciens accomplis à une époque où le jaloux n'était même pas connu par ceux qui éprouvaient la jouissance. En outre, il est en opposition avec un sentiment considéré comme beaucoup plus naturel, la sympathie dans laquelle le sujet participe au contraire aux

(1) *De l'angoisse à l'extase*, 1919, II, p. 148.

(2) Cf. E. SEILBIÈRE. — *Paul Bourget psychologue et sociologue*, 1937.

sentiments du socius, souffre et jouit avec lui de la même manière.

Il y a cependant une circonstance où cette dépression mélancolique devant le succès d'autrui nous paraît assez aisée à comprendre, c'est le cas de *la rivalité*. Je prends part avec d'autres à un concours qui ne met qu'une seule place à la disposition des concurrents ; j'ai fait les travaux préparatoires, j'ai fait les compositions, je crois les avoir bien faites et j'attends le succès de mon travail avec la réaction de triomphe. Mais c'est un autre concurrent qui est classé premier, qui obtient la place et qui se réjouit devant moi de son succès. Il est tout naturel que j'éprouve un sentiment de tristesse douloureuse qui est ici tout à fait correctement un sentiment de l'échec ; ce sentiment est réveillé et augmenté quand je perçois le succès de mon concurrent plus heureux, qui me rappelle mes ambitions, mon travail et mon échec. A ce moment, je souffre devant le bonheur d'un autre.

La jalousie sexuelle, si fréquente et si importante, quand elle est justifiée, n'est qu'un cas de la précédente. Non seulement le sujet a fait le concours en courtisant la femme, mais il a obtenu la promesse du premier prix, promesse qui est même sanctionnée par la loi. Le prix est ici la jouissance sexuelle avec une femme déterminée que dans son imagination il suppose seule capable de lui donner la force et le bonheur pendant toute sa vie. Cette jouissance, pour avoir toute sa valeur, doit être exclusive : il est vaguement entendu que la puissance sexuelle n'est pas illimitée et que l'acte exécuté avec un autre ne peut plus être répété de la même manière avec le conjoint. Mais voici que le sujet ne peut plus toucher ce prix qu'il a gagné et qui lui a été officiellement promis : il présente naturellement la souffrance liée à la réaction de l'échec et cette souffrance est associée avec la représentation du ravisseur. Nous comprenons le langage de Nyf., h., 32, qui a fait de grands sacrifices pour conquérir sa femme, il s'est brouillé avec sa famille, il a renoncé à la fortune, il s'est fait acteur pour la suivre et quand il la trouve dans les bras d'un autre, il répète en gémissant : « C'est bien injuste. » Dans tous ces cas, le sentiment de la jalousie a une explication psychologique assez claire.

Malheureusement, ce n'est pas là la véritable jalousie et on hésite à reprocher au concurrent malheureux son mécontentement devant la joie du rival heureux, surtout quand il peut dire : « C'est injuste. » La jalousie se manifeste dans des cas

où il n'y a eu ni rivalité, ni concurrence, car le sujet n'a aucunement fait lui-même l'acte qui a réussi au socius. Nous ne comprenons pas qu'il éprouve un sentiment de défaite à propos d'un acte qu'il n'a pas fait, d'un concours auquel il n'a pas pris part, d'une loterie dont il n'a pas pris de billets.

Une malade assez riche me dit qu'elle a chez elle un gros paquet de vêtements de femme usagés dont elle désire se débarrasser en les donnant à des pauvres. Je lui propose de les faire porter à La Salpêtrière et de venir elle-même dans le service ; je ferai appeler quelques femmes que je connais assez pour garantir leur honnêteté et leur état de besoin : elle leur distribuera les vêtements et sera heureuse de voir le bonheur qu'elle procure. La malade pousse des cris d'horreur et déclare que le spectacle de cette joie serait pour elle une cause de grandes souffrances. Elle ne peut s'expliquer malgré mes insistances ; je note cependant quelques mots singuliers : « Je serai humiliée... Ces femmes auront quelque chose, moi je n'aurai rien... » Elle semble donc se mettre sur le même plan que ces pauvres femmes et croire qu'elle rivalise avec elles dans la distribution. Au fond, elle se représente qu'elle fait le même acte que ces pauvres femmes, qu'elle demande sa part dans la distribution : elle agit avec elles et comme elles, elle confond leur acte avec le sien. Il en est toujours de même dans les jalousies injustifiées qui sont les principales.

Une malade singulière, Pa., éprouve de la jalousie devant toutes les personnes quand elle fait attention à leurs actions : « Cela me chagrine de voir ces dames qui ont acheté un beau manteau... Sont-ils heureux de pleurer leur père qui vient de mourir, je suis désolée de ne pas pleurer comme eux. » Cette femme semble toujours supposer qu'elle a cherché comme ces dames à acheter un manteau, ce qui n'est pas vrai, qu'elle vient comme eux de perdre son père, ce qui n'est pas vrai non plus, elle semble toujours prendre l'acte des autres pour le sien et s'étonne de ne pas ressentir le sentiment qui devrait être la suite de l'acte.

On trouve une exagération de cette identification chez les jaloux dans une belle observation publiée par M. Minkowski, sur laquelle j'ai déjà insisté (1), mais qui est un peu différente des cas précédents : la malade assimile encore son action à

(1) *Journal de Psychologie*, 15 avril 1932, p. 429 ; MINKOWSKI. — Jalousie pathologique sur un fond d'automatisme mental. *Ann. Méd.-Psych.*, 1929, p. 35.

celle de sa rivale, mais elle attribue plutôt l'essentiel de l'action à la rivale. Ce qui nous intéresse ici, c'est que l'assimilation, la confusion des actes va très loin, que la malade va jusqu'à confondre les corps et jusqu'à croire que la rivale a pénétré dans son organisme.

Nous venons de présenter l'accaparement comme une conséquence du sentiment de la jalousie, est-ce complètement exact ? Peut-être quand l'habitude de la jalousie est déjà bien constituée et amène la surveillance de l'acte du socius. Mais au début cet accaparement de l'acte d'autrui n'est pas réfléchi et il est peut-être une première manifestation de cette confusion du mien et du tien qui va amener chez le sujet cette dépression quand il n'arrive pas au succès. L'acte d'accaparement n'est-il pas, à ce point de vue, un commencement de la jalousie elle-même ?

Cette assimilation chez les jaloux n'est cependant pas absolument complète puisque le malade qui prend pour lui l'acte du socius ne va pas jusqu'au bout. Il prend l'acte pour lui, mais il ne prend pas la réaction de triomphe qui, chez le socius, accompagne l'acte. Ce qui fait justement sa souffrance, c'est qu'il croit avoir fait l'action : il croit même que cette action était réussie puisqu'il en voit le succès chez le socius, mais il ne sent pas en lui la joie de ce succès, il a pris l'acte pour lui, mais il laisse au socius le succès de l'acte. Cet arrêt de l'assimilation peut dépendre d'un reste de critique qui force le sujet à constater qu'il n'a pas entre les mains le prix de l'action. Il peut dépendre aussi d'une certaine dépression du sujet qui, en raison de son asthénie, est incapable de faire actuellement les frais d'un acte de triomphe surtout à propos d'une action qu'il n'a pas faite en réalité, à propos de laquelle il n'a guère mobilisé de forces. Mais il est bon de remarquer qu'il n'en est pas toujours ainsi et que, dans d'autres circonstances, le sujet s'assimile complètement non seulement l'acte mais aussi la joie du succès de l'acte.

Un autre sentiment fort curieux est à rapprocher de la jalousie, il n'est pas désigné avec précision dans le langage français, on peut l'appeler « sympathie méchante » ou bien on peut employer le mot allemand bien connu « schadenfreude ». Il se présente en apparence comme l'inverse de la jalousie, c'est une joie que le sujet éprouve à la perception des malheurs, de la souffrance d'autrui. Dans la rivalité à laquelle il faut toujours revenir à propos des relations sociales, il n'y a pas seulement un heureux triomphateur, mais il y a aussi un vaincu qui a la réaction de l'échec et de la tristesse. Un individu qui est malheu-

reux et qui souffre est un vaincu qui présente la réaction de l'échec, son rival heureux se sent plus nettement vainqueur en voyant la détresse de celui qu'il a surpassé. La difficulté est encore ici dans le fait qu'il n'y a pas eu concurrence, ni victoire réelle. Mais le sujet qui éprouve la « *schadenfreude* » prend pour lui l'acte dans lequel le malheureux a échoué et se considère comme triomphateur dans cet acte. Ce sont aussi les conditions de la force psychologique chez ce sujet qui lui font faire ici la réaction de triomphe au lieu de la réaction de l'échec du jaloux. Bien entendu, ce sentiment de joie excite le désir d'un nouveau triomphe semblable et le sujet peut être amené à désirer le malheur d'autrui et même à le provoquer, ce qui nous conduirait à la psychologie de la cruauté.

On peut observer cette assimilation plus complète de l'acte d'autrui dans certaines formes de la sympathie. Cabanis disait déjà (1) que, dans la sympathie, nous plaçons en nous-mêmes les mêmes sentiments que chez les autres et que nous nous associons à l'action des autres. J'ai déjà cité l'exemple de la mère de famille qui, toute triomphante, raconte le concours dans lequel son fils vient de réussir : « Nous avons eu, dit-elle, un problème bourré d'intégrales et nous avons tout résolu. » Elle se laisse aller au moins un moment à confondre l'action de son fils avec la sienne, mais aussi à confondre sa réaction de triomphe, sa joie avec la sienne. Pourquoi l'identification va-t-elle ici jusqu'au sentiment terminal tandis que chez le jaloux elle s'arrête auparavant. Les circonstances, le souvenir des soins donnés à l'enfant favorisent plus l'assimilation, et surtout la mère de famille est dans un état de santé et de force psychologique qui permet facilement les réactions de triomphe.

M. Wallon, dans l'article que je viens de signaler, admet aussi que, dans certaines sympathies chez l'enfant, le sujet participe à l'émotion d'autrui, la confond avec une émotion propre, quoiqu'il sente sa propre situation où rien ne justifie cette émotion : « Il participe simultanément à deux situations, sans pouvoir encore discerner les deux points de vue, sans pouvoir confronter, ni combiner entre eux les intérêts respectifs... La scène contemplée efface la distinction de soi et d'autrui. »

Cette confusion de l'acte d'autrui et de l'acte du sujet que l'on voit bien dans quelques sentiments est très naturelle car elle est au fond d'un grand nombre d'actes quand ils prennent le caractère social. J'ai insisté à ce propos sur l'analyse d'un

(1) CABANIS. — *Œuvres*, IV, p. 336.

acte très important que l'on peut dire fondamental dans la vie sociale, *l'acte du commandement* et de l'obéissance, et je dois résumer ici les conclusions de cette étude (1).

En somme, un acte commandé est un acte divisé en deux parties, ces deux parties étant exécutées chacune par deux individus différents. Une partie est faite par le chef qui insiste sur ce qui était autrefois le commencement de l'acte, la mise en train, le cri du début. Ces premières parties de l'acte étaient l'expression d'un effort de mobilisation des forces pour l'action. Ce qui est remarquable, c'est que ce cri, cette formule du début est tout à fait caractéristique, elle varie avec chaque action, elle résume et indique dans une sorte de schéma l'ensemble de l'action et sa direction. Par un progrès lent qui a fait passer de l'acte du meneur à l'acte du chef, cette formule du début s'est isolée en apparence de l'exécution même de l'action par le mouvement des membres : le chef après l'avoir criée s'arrête et ne fait plus lui-même les mouvements des membres qu'elle implique. Au début le meneur insistait également sur ce début, mais continuait l'exécution de l'acte : le chien de chasse avait, au début, un aboiement particulier quand il avait trouvé la piste, mais il continuait ensuite à courir sur cette piste comme les autres chiens de la meute. Ce qui caractérise le chef, c'est qu'il s'arrête après ce cri du début et ne fait pas, en réalité, l'action qu'il a commencée, il crie : « Marchez, combattez », mais il reste en place sur une éminence, ne marche pas et ne combat pas lui-même. D'autre part, les autres individus qui comprennent l'action sociale et qui jouent le rôle de sujets ont cessé de répéter le cri du début, comme ils le faisaient au niveau du meneur et du mené, ils se bornent à l'écouter, mais ils accomplissent les mouvements constitutifs de l'action et l'amènent à la consommation.

Il résulte de ce progrès que l'action est accomplie en deux parties, d'une part par le chef, de l'autre par les sujets. Il n'y a pas d'exemples d'acte exécuté de cette manière si on considère les actes perceptifs élémentaires ; cette forme d'acte est propre aux conduites sociales qui semblent avoir pour but de développer les conduites d'ensemble, parce que ces conduites, en réunissant plusieurs individus dans un même acte, ont plus d'efficacité que les conduites isolées. Il ne faut pas croire que, même à ce niveau, la division de l'acte soit complète : l'acte conserve son

(1) *Cours sur la personnalité*, 1929, p. 188 ; *Journ. de Psych.*, 1932 ; *L'intelligence avant le langage*, les chapitres sur le commandement et sur le langage, 1936, p. 98, 114.

unité non seulement dans le monde extérieur mais même dans l'esprit des agents. Chacun des deux groupes conserve le schéma d'ensemble de l'action et le sentiment de l'avoir accomplie tout entière. Cela est surtout net chez le chef qui avait dans l'esprit le schéma de l'action entière quand il donnait le signal du début caractéristique, il a continué à surveiller les sujets, à leur répéter le commandement, il punit ceux qui ne l'exécutent pas et à la fin il triomphe de l'action totale comme s'il l'avait réellement exécutée tout entière. Cela est aussi vrai au moins en partie des sujets qui ont compris le commandement d'ensemble, qui conçoivent plus ou moins l'action entière et qui sont disposés à triompher aussi quand elle est terminée en en réclamant les bénéfices. L'étude de tels sentiments chez le chef et chez les sujets doit jouer un grand rôle dans l'organisation du travail comme l'étude de la personnalité doit jouer un grand rôle dans l'organisation de la propriété.

La représentation des deux parties de l'acte ne se fait pas de la même manière dans l'esprit des différents agents. Le chef pousse jusqu'à la consommation personnelle la partie initiale de l'acte et laisse la seconde partie à la phase de l'érection ; le sujet fait l'inverse, il met la seconde partie à la phase de la consommation et la première à celle de l'érection. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a chez l'un et chez l'autre dans ces parties de l'acte qui sont représentées à la phase de l'érection une confusion des actes analogue à celle que nous venons de voir dans les sentiments. Il y a au moins une partie de l'action qui donne lieu à une confusion du mien et du tien : le chef rattache à son action propre, confond avec son action personnelle celle des sujets et ceux-ci confondent avec leur action celle du chef. Le travail en commun, le commandement et l'obéissance reposent au fond sur une identification des actes, sur une appropriation erronée au moins partielle.

Le psychiatre doit s'intéresser aussi et tout particulièrement à un autre acte social, à l'acte du langage qui dérive d'ailleurs du commandement. Car la connaissance de cet acte est indispensable pour comprendre les hallucinations verbales qui jouent un si grand rôle dans les délires sociaux. Le langage exactement comme l'acte commandé est une action divisée en deux parties qui sont chacune dans deux individus différents, mais qui sont plus ou moins réunies et confondues dans chacun des deux interlocuteurs. Il comprend l'acte de celui qui parle, l'acte de parler et « l'acte du être parlé » si je puis me permettre ce barbarisme si utile. Le langage est sorti du commandement et il

en a gardé la nature psychologique, ce qui fera, comme on le verra, que les troubles du langage sont les mêmes que ceux du commandement (1). Les formules verbales différentes en apparence les unes des autres, les demandes, les prières, les interrogations sont cependant toujours des commandements plus ou moins violents ou atténués, des commandements qui portent sur des actes différents, actes moteurs, actes verbaux ou actes intellectuels, comme la question qui est le commandement de faire un acte de mémoire. « Si nous devons chercher quelle a été la première forme du langage primitif, je dirais qu'il devait être composé au début de verbes à l'impératif, de verbes, parce que les premiers mots expriment des actes, à l'impératif, parce qu'il s'agissait d'actions commandées. Mais ce serait inexact, parce que toutes les distinctions grammaticales sont bien postérieures aux premières évolutions du langage et parce qu'il n'y avait au début ni verbes, ni substantifs. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que des sons particuliers ne sont devenus des formules verbales que lorsqu'ils ont pris un aspect social et se sont mêlés le plus souvent avec le phénomène psychologique du commandement (2). »

Pour le comprendre, il faut se souvenir que l'acte essentiel dans le langage comprend deux choses, la demande et la réponse, qui font un ensemble, un seul et même acte. Cet acte, dans certains cas, pourrait être exécuté entièrement par le sujet et conserver son unité apparente. Supposons que celui qui parle cherche à se procurer un renseignement. Il désire savoir, par exemple, où habite le socius. Ce renseignement, il pourrait se le procurer en faisant lui-même l'acte tout entier, en suivant le socius et en regardant où il va se coucher. Cet acte unique peut être fait d'une autre manière, le sujet s'adresse au socius et lui dit : « Où habitez-vous ? » C'est-à-dire que, dans ce cas, il fait la première partie de l'acte, il insiste sur le début de son acte d'ensemble qui consiste dans la recherche de l'habitation. Puis il s'arrête, et il attend sans faire complètement la seconde partie de l'acte de la recherche de l'habitation. Le socius répond en donnant son adresse, c'est un acte de « monstration » sous forme verbale qui permet au sujet de savoir où il habite, c'est-à-dire de terminer l'acte de la recherche de son domicile. L'acte total a été divisé en deux parties exécutées chacune par un individu différent. Il ne faut pas croire que ces deux parties de

(1) Cf. *L'intelligence avant le langage*, 1936, p. 118.

(2) *Ibid.*, p. 102.

l'action soient tout à fait différentes l'une de l'autre, qu'il y ait de l'activité dans la première, dans la question posée par le sujet et que celui-ci soit entièrement passif dans la seconde quand il entend la réponse. L'acte du « être parlé » (to be spoken to) demande autant d'activité que l'acte de parler.

Quand le sujet écoute la réponse et la comprend, d'une certaine manière il la répète en dedans de lui-même. Nous sommes si habitués au langage que nous croyons saisir uniquement par l'oreille, de même que nous croyons lire uniquement par les yeux. C'est une illusion, l'enfant lit de bouche en même temps que des yeux, le primitif entend de bouche en même temps que d'oreille. L'acte auditif verbal consiste à prononcer les paroles en même temps qu'on les entend, comme l'acte de la lecture est une prononciation des mots en les voyant. Chez l'homme éduqué cette prononciation des mots entendus ou lus semble disparaître, mais elle persiste au fond et nous avons en nous, sans nous en rendre compte, une érection de la lecture à mi-voix et une érection de la prononciation des mots entendus.

La même activité existe chez celui qui a été interpellé et qui répond : il est loin d'être passif quand il entend la question, il l'écoute avec attention, et il la répète au dedans d'une manière plus ou moins complète. Rien ne le montre mieux que le symptôme de *l'écholalie* dont M. Bergson a bien signalé l'importance psychologique (1). Si nous reprenons la belle observation d'un imbécile, Fernand, présentée par M. Wallon (2), nous voyons que le malade répète tout haut et souvent plusieurs fois la question qui lui a été posée avant de répondre : « Fernand, as-tu été propre ? — Fernand, as-tu été propre ? As-tu été propre ? Dis, non monsieur, Fernand a fait pipi au lit. » Nous connaissons ce trouble, c'est celui des premières formes de l'obéissance, c'est la conduite de celui qui est mené, non de celui qui obéit. Le chien de la meute ne se borne pas à courir comme celui qui a trouvé la piste, il répète indéfiniment son aboiement, il ne sait pas faire la seconde partie de l'acte en supprimant la première. Fernand en est resté à la conduite du chien qui suit la meute en aboyant.

Une observation de Pick (de Prague) est encore plus curieuse : il s'agit d'un épileptique qui, après l'accès, présente une dépression avec retour à un état plus primitif : d'abord il ne sait plus du tout ni obéir, ni parler, puis, pendant un certain temps, il

(1) BERGSON. — *Matière et mémoire*, p. 118, 119 ; cf. Bernard LEROY. — *Le langage*, 1905, p. 145.

(2) WALLON. — *Journ. de Psych.*, octobre 1911.

a de l'écholalie, il répond à peu près, mais en répétant la question, enfin, après un temps assez long, il sait parler sans répéter la question. Le trouble de l'écholalie, qui se situe ici dans l'évolution du langage, est un trouble de l'acte de l'obéissance, qui retourne à la phase du « être mené » ; une grande partie de la pathologie du langage est identique à la pathologie de l'acte commandé. Nous voyons bien ici comme l'acte d'autrui pénètre en nous sous la forme d'une imitation, d'une répétition, ainsi que nous l'avions remarqué au début. L'acte d'autrui, qui est ici une parole, ne pénètre dans la conscience du sujet que s'il est transformé en une parole de ce sujet lui-même.

Il résulte de ces faits que l'acte total composé de la demande et de la réponse exactement comme l'acte total commandé composé du commandement et de l'obéissance, est exécuté par deux individus différents dont chacun fait l'une des parties de l'acte à une phase différente d'activation. Le résultat important c'est que, dans chacun des deux interlocuteurs, se trouve en somme l'acte tout entier, aussi bien la partie exécutée par le socius que la partie exécutée par le sujet et qu'il n'est pas facile de distinguer l'action propre à chacun. Nous disions autrefois, à propos du malade de M. Wallon : « Il ne sait jamais bien si c'est lui qui parle ou si c'est un autre. » Cette confusion existe au fond de tous les langages comme nous l'avons vue dans les actes commandés.

L'étude que nous venons de faire sur les actes typiques du commandement et du langage pourrait être facilement répétée à propos d'autres actions sociales. Dans une étude précédente, 1932, j'ai essayé de la faire à propos de certaines conduites. Ces conduites étaient intéressantes parce qu'elles jouaient un grand rôle dans les sentiments des persécutés, dans les sentiments d'imposition, de vol, de devinement. Il serait trop long de reproduire ici ces analyses, il suffit de rappeler les caractères généraux de ces actions.

Les actes étudiés étaient *les actes d'initiative* et *les actes inspirés*, *les actes du don et du vol*, *les actes du montrer et du cacher*. On distingue communément les actions qui ont leur stimulant à l'extérieur dans les attitudes et les paroles des socii et les actions qui paraissent spontanées et qui semblent avoir leur point de départ en nous-mêmes. Sous le nom général des actes inspirés, on peut comprendre toutes les actions qui ont manifestement une origine sociale, qui ont été éveillées par la vue de l'acte exécuté par un autre ou par le commandement d'un autre. Sous le nom d'actes d'initiative, on comprendra des

actes qui semblent avoir leur origine dans le sujet lui-même, dans des évolutions de tendances qui arrivent à des phases de besoin et d'érection, dans des associations de souvenirs, de paroles, d'idées, dans un travail intérieur plus ou moins conscient.

Les hommes rattachent à leur personnalité des objets extérieurs, c'est le fait des appartenances qui, au début, sont des parties de la personnalité qui, plus tard, deviennent des propriétés simplement rattachées à la personnalité par des conditions spéciales. Les hommes se conduisent vis-à-vis de ces objets comme ils se conduisent vis-à-vis du corps propre des autres et comme ils se conduisent vis-à-vis de leur corps propre. Ils respectent ces objets chez les autres : de même qu'ils ne mangent pas le corps de leurs socii, ils ne mangent pas ses aliments ; ils défendent leurs appartenances comme ils défendent leur corps propre. Ils peuvent user de leurs appartenances en toute liberté comme de leur corps propre, mais ils peuvent aussi par leurs actes, modifier plus ou moins les appartenances : faire un don, c'est faire passer une appartenance personnelle à un autre, renoncer aux actes d'appartenance sur cet objet et accepter qu'ils soient faits par un autre, voler, c'est l'acte inverse.

Le montrer est une forme sociale de l'acte de regarder et il est probable que les deux actes se sont développés ensemble. Cet acte de montrer consiste à provoquer l'effort d'attention surtout visuelle sur un objet déterminé en facilitant la perception de cet objet. Le cacher, consiste à empêcher cet acte en supprimant les conditions ordinaires de la perception de l'objet. Les notions de la distance, de la transparence, des obstacles à la perception jouent encore ici un grand rôle. Une des premières complications de ces actes consiste à appliquer le montrer et le cacher au corps propre, une autre complication plus remarquable se présente quand ces actes de montrer ou de cacher sont appliqués à nos propres actions et surtout à nos commencements d'actes en érection, à nos intentions. C'est là le début des *actes publics* et des *actes secrets*. Ceux-ci se sont énormément perfectionnés en devenant conscients et systématiques, ils sont devenus l'origine des actes de *la pensée* (1). La pensée psychologique est une fonction sociale, c'est la forme que prend chez l'homme la conduite sociale du secret, du « être seul » quand elle est poussée au dernier terme.

Sans étudier ici le rôle si important de ces divers actes, il suffit de faire sur eux quelques remarques générales. Ces actes sont,

(1) Cf. *La pensée intérieure et ses troubles*, Maloine édit., 1926:

comme le commandement, des actes doubles qui présentent simultanément à la conscience deux actions, l'une qui est pour nous celle du sujet, l'autre qui est celle du socius et l'acte d'ensemble ne peut avoir son caractère que s'il contient ces deux actes constitutifs. Ainsi on ne peut pas avoir le sentiment d'initiative à propos d'une action sans se représenter en même temps que les autres ne font pas ou n'ont pas fait antérieurement le même acte, qu'ils ont fait jusqu'à présent des actes différents qui, d'ordinaire, nous paraissent inférieurs aux nôtres, que, s'ils font maintenant le même acte, ils le font par imitation et obéissance, en un mot sans nous représenter chez les autres des actes inspirés. Les actes inspirés d'autre part qui semblent l'inverse des précédents en sont si bien une partie que l'on ne peut avoir le sentiment d'inspiration à propos d'un acte sans se représenter en même temps que cet acte est, chez un autre, un acte d'initiative, qu'il devient un objet de notre imitation ou un commandement que nous recevons. L'attribution à un de nos actes de la forme de l'initiative ou de la forme de l'inspiration dépend de la prépondérance donnée dans la représentation à l'un ou à l'autre de ces deux éléments.

Dans les deux idées du don et du vol, il y a un caractère commun, la privation d'un objet pour l'un et l'acquisition de cet objet pour l'autre. Il n'y a ni don, ni vol si un individu perd ou supprime simplement une de ses appartenances sans tenir compte d'aucun socius. Il faut, dans chacun de ces cas, donner à l'acte un caractère social en se représentant la conduite et l'attitude des autres en même temps que les siennes propres.

Ce caractère complexe et double est bien manifeste dans toutes les idées d'*être en public* ou même d'*être seul*. On ne peut pas se sentir bien en public, se sentir perçu et compris par les autres sans se représenter l'attitude que les autres prennent vis-à-vis de nous, quand ils nous perçoivent et celle qu'ils auraient en notre absence s'ils ne nous voyaient pas et s'ils ne nous comprenaient pas, puisque précisément on cherche à éviter cette dernière attitude. Dans l'acte du « être seul » entre encore la représentation des autres hommes et souvent d'une personne déterminée que l'on cherche à éviter. Il ne s'agit pas du tout de la conduite primitive de l'isolement chez des êtres vivant toujours seuls, il s'agit de la conduite d'êtres vivant en société qui avaient l'habitude d'attitudes spéciales devant les autres et qui momentanément sont contraints de supprimer ces attitudes. On se sent seul quand on se représente que l'on n'est plus surveillé, que l'on n'a plus d'égards à observer, que l'on simplifie sa

conduite en se représentant les actes que l'on supprime. La conduite de la pensée (je parle toujours de la pensée psychologique et non de la pensée métaphysique) n'existerait probablement guère chez un homme qui aurait toujours vécu isolé, si toutefois on peut le concevoir. N'ayant aucune raison de cacher ses actes ni ses intentions, il n'aurait construit ni la conduite du secret, ni la conduite de la pensée. Il pense et il a conscience de penser, parce qu'il a en même temps la représentation de l'accueil qui serait fait à ses intentions et qu'il a le désir de l'éviter.

Cette complexité amène une conséquence intéressante, c'est que ces actes ne sont pas fixes, qu'ils varient et passent dans un même couple de l'un à l'autre, suivant l'importance que prend l'un des deux termes. Nous avons déjà vu un fait du même genre à propos des actes intellectuels élémentaires ; les actes relatifs au panier de pommes se rapprochent tantôt plus des « actes du panier », tantôt plus des « actes des pommes », ce qui donne naissance aux actes de remplir et de vider le panier de pommes. Ici, tantôt le sujet, tantôt le socius, joue le plus grand rôle et cette variation fonctionnelle joue un rôle dans les aspects opposés de ces actes qui se présentent toujours deux par deux. Cette complexité et ce caractère fonctionnel se retrouvent plus ou moins évidents ou plus ou moins dissimulés dans toutes les actions sociales. Compatir à une douleur d'autrui ne consiste pas seulement à faire des actes pour le soulager, ou le consoler, mais à répéter au dedans de soi-même à la phase de l'érection les actes que l'on ferait si on avait la même souffrance. Plaindre et être plaint, sont liés ensemble comme parler et être parlé, commander et obéir. On ne lutte pas contre un socius de la même manière que contre un orage, on mêle aux actes de la lutte la représentation des actes, des intentions du socius, on pense qu'il nous combat en même temps qu'on le combat. On ne peut pas regarder quelqu'un sans avoir la représentation qu'il nous regarde, on ne peut pas suivre quelqu'un sans l'idée qu'il pourrait nous suivre ; on ne peut pas mépriser, haïr, insulter quelqu'un sans la représentation qu'il nous méprise, nous hait ou nous insulte. Tous les actes sociaux sont du même genre, ils contiennent toujours une combinaison des actes du sujet et de ceux du socius plus ou moins confondus sur le même plan.

Cette confusion, qui se trouve latente au fond de toute action sociale, est d'ordinaire dissimulée par les opérations de répartition que nous allons examiner. Mais, auparavant, il faut encore

constater que cette confusion primitive est bien mise en évidence dans toutes les altérations de la conduite.

Les troubles que l'on a souvent signalés dans les rêves montrent bien cette confusion. Maury raconte qu'après un voyage fatigant en diligence, il attribuait dans son rêve aux autres voyageurs ses propres raideurs musculaires (1). Stricker (1882) remarquait que souvent, dans le demi-sommeil, la perception d'un mouvement chez les autres amène des représentations de mouvement de nos propres membres et donne l'illusion de se mouvoir soi-même. M. Paul Guillaume nous montrait aussi des enfants qui collaborent aux mouvements du balancier comme aux mouvements des autres personnes (2). M. Schiff nous a fait connaître une belle observation de M. Schilder : un blessé avec phlegmon du bras droit se voyait en rêve dans une rue où tous les passants étaient infirmes d'un bras (3), ceux qui allaient à sa rencontre du bras gauche et ceux qui le devançaient du bras droit.

On observe quelquefois des troubles du même genre dans l'émotion : car celle-ci est une désorganisation des phénomènes supérieurs et elle peut altérer ici les répartitions sociales. (*De l'angoisse à l'extase*, II, p. 461). « Un enfant effrayé, disait M. P. Guillaume, ne projette pas plus son effroi qu'il ne le renferme en lui-même. » Il ne distingue pas un objet effrayant et un sujet effrayé, il s'identifie à ceux qui sont engagés dans la même émotion, « quand nous écoutons un orateur, tout se passe comme si nous agissions avec les membres, avec la voix d'un autre... Le public vit la partie émotionnelle des actes qu'il contemple » (4). M. Wallon signalait aussi ce caractère de l'émotion « qui efface la distribution du subjectif et de l'objectif, de l'être intime et du monde extérieur, du moi et d'autrui » (5). On peut aussi rappeler à ce propos la jolie observation de M. Cambriels, « Psychonévrose obsédante de dépersonnalisation » (6).

Pour trouver des observations pathologiques qui mettent bien en évidence les confusions des actes sociaux, il faudrait considérer les délires sociaux où elles sont innombrables. Sylvie,

(1) Cf. VASCHIDE. — *Le sommeil et les rêves*, 1911, p. 211.

(2) PAUL GUILLAUME. — *L'imitation chez l'enfant*, 1925, p. 195.

(3) SCHIFF. — L'évolution des idées sur la folie de persécution. *L'hygiène mentale*, mai-août 1935.

(4) P. GUILLAUME. — *L'imitation chez l'enfant*, 1925, p. 181.

(5) H. WALLON. — De l'expérience concrète à la notion de causalité. *Journ. de Psych.*, 15 janv. 1932, p. 128.

(6) CAMBRIELS. — *Encéphale*, avril 1931, p. 331.

f., 26, dans une lettre, commence par écrire : « Je ne m'aime pas moi-même, je ne m'estime pas », puis elle ajoute tout de suite : « Le mépris des autres, c'est un serpent qui attrape la partie la plus sensible du cœur de l'homme », elle continue en mêlant constamment le mépris qu'elle a pour elle-même et le mépris que les autres ont pour elle, comme si elle ne pouvait pas les distinguer. Mais, puisque nous avons l'intention de traiter à part ces délires sociaux, nous ne pouvons pas y insister ici. Je rappellerai seulement quelques exemples un peu en dehors de ces délires : dans le symptôme de l'*ambivalence* que j'ai décrit sous le nom de *sentiments simultanés* (1), une même action se présente chez le sujet avec les deux sentiments opposés. Elle plaît et elle déplaît simultanément, elle attire et elle repousse. « Simone paraît souvent aimer et haïr la même personne presque au même moment et elle ne cherche pas à adopter une attitude intermédiaire... J'ai, dit-elle, des sentiments contradictoires, je désire des choses dont j'ai horreur. » Je faisais remarquer que ces phénomènes nous montrent le voisinage, l'association étroite des deux sentiments opposés à propos de la même action (*op. cit.*, II, p. 634). Je montrais aussi que cette juxtaposition souvent prolongée montre l'incapacité de l'attitude intelligente, intermédiaire de la synthèse. Peut-être aujourd'hui pourrait-on ajouter un mot de plus : ces deux sentiments opposés correspondent dans la pratique à la pensée de deux individus différents dont les intérêts sont contradictoires : en général, les désirs du socius ne sont pas les mêmes que ceux du sujet ; dans l'*ambivalence*, les actes et les désirs de l'un et de l'autre sont confondus.

On a souvent remarqué que les malades délirants ne cherchent pas à nous donner des preuves de leurs croyances : c'est ce que M. Revault d'Allonnes appelait « l'incuriosité des hallucinés » (2), à toutes mes objections Madeleine répond toujours en parlant de son propre amour pour Dieu, puis elle se moque de moi en disant : « C'est un mystère religieux, vous ne pouvez pas comprendre. » Quand je dis à Alexandre que le Président de la République a eu une singulière idée en choisissant pour généralissime un petit soldat de deuxième classe très ignorant, il parle d'abord du sentiment qu'il a de ses grands mérites, puis il me renvoie : « C'est un secret militaire et politique, ne cherchez pas à comprendre. » Je disais autrefois, à

(1) *De l'angoisse à l'extase*, II, p. 631.

(2) REVAULT D'ALLONNES. — Remarques sur l'intelligence. *Journ. de Psych.*, janvier 1934, p. 75.

propos du livre de la Christien science « science and health » : Mrs Eddy ne sent jamais le besoin d'expliquer, ni surtout de démontrer quelque chose ; elle ne semble pas concevoir qu'il existe autre chose que l'affirmation et la répétition de l'affirmation (1). La preuve est un phénomène psychologique social : la recherche de la preuve est la recherche d'un moyen de conviction qui agisse sur les croyances des autres comme les sentiments agissent sur nos croyances personnelles. Les malades ne font pas cette distinction, ils veulent que ce qui influe sur leurs propres croyances agisse aussi sur les nôtres et, si cela ne réussit pas, ils ne se préoccupent plus de la croyance des autres.

Le trouble si curieux qui a été décrit sous le nom de « *transitivisme* » est du même genre. Le sujet qui a si souvent la peur de devenir fou, qui, sans l'avouer, se sent anormal, accuse son conjoint de folie et veut le faire enfermer, car il ne sait plus lequel est fou de l'un ou de l'autre. (*Journ. de psych.*, 1932, p. 455).

Les études qui se rapportent plus directement à notre problème sont celles des primitifs et des enfants. On trouverait beaucoup de ces confusions au point de départ des conduites qui nous semblent étranges chez les primitifs et qui ont été décrites par les sociologues : le primitif ne distingue guère ses propres intentions ni ses propres responsabilités de celles des autres. Il y aurait lieu, dans les études de sociologie, de tenir davantage compte de cette évolution des personnalités.

C'est l'étude de l'enfant qui est ici particulièrement importante, M.-P. Guillaume remarquait déjà que le jeu se prête à une alternance des rôles : « L'agent devient le patient et chacun se perçoit dans la personne du partenaire, dans le rôle qu'il vient de jouer. Ainsi se forme la notion de deux rôles, agir et partir, faire peur et avoir peur, consoler et être consolé (2). » M. Wallon a repris les mêmes remarques sur les jeux des enfants : « On sait que l'enfant fait d'un bâton son cheval et d'un chiffon sa poupée, n'importe quoi est pour lui l'occasion d'évoquer un sentiment qui l'intéresse. L'enfant qui joue fait à la fois le cheval et le cavalier : la situation l'emporte sur l'individualité des personnages, ils n'existent que par rapport à elle et ne sont pas des personnages distincts. » M. Wallon étend le problème (3) : il remarque que le besoin de s'adapter à la présence

(1) *Médications psychologiques*, 1919, I, p. 59.

(2) P. GUILLAUME. — *L'imitation chez l'enfant*, 1925, p. 194.

(3) WALLON. — La conscience de soi chez l'enfant de trois mois à trois ans. *Journ. de Psych.*, 1932, p. 779.

d'autrui se superpose à l'acte en cours d'exécution, c'est ce que nous venons d'étudier comme le passage des actes perceptifs aux actes sociaux en montrant les complications que détermine ce passage. M. Wallon montre à ce propos toutes sortes de confusions : l'enfant participe à tout ce qui l'entoure, témoins et choses, on constate à chaque instant des confusions de plusieurs personnes en une seule, ou des dédoublements d'une seule personne (755). L'enfant a peur qu'on ne coupe le cou à une image, il souffre et il plaint le gâteau que l'on casse, comme s'il mettait en eux sa propre personne (768). Tantôt il parle aux autres comme s'il se parlait à lui-même, tantôt il se parle à lui-même comme s'il s'adressait à un autre : il se dit à lui-même « prends garde », quand il descend un escalier ou se dit à lui-même : « merci » quand il vient d'ouvrir une porte. Une enfant a l'habitude de dialoguer le soir avec elle-même en employant des intonations variées pour l'intervention alternée des personnages desquels elle ne sait pas encore bien se distinguer (772). « Il y a régression, dit-il vers un stade d'*indifférentiation* relative : les deux pôles de la situation au lieu d'être simplement complémentaires et situés en deux individus distincts sont intégrés dans le même. La personnalité est encore adhérente à la situation, aux circonstances de lieu comme aux aspects de qualité... L'enfant est incapable de dépasser chaque situation présente, de s'en dissocier suffisamment pour en dissocier autrui ; il est incapable de situer dans leurs rapports réciproques en face de sa propre personne celle d'autrui par suite de régler sa conduite sur ce qu'il sait ou présume de celle d'autrui... L'enfant ne procède que par ensembles, chaque ensemble s'imposant comme une unité entière (776).

Ces observations sur les malades, sur les primitifs, sur les enfants, confirment les résultats de nos analyses de la jalousie, de la sympathie, du langage, et nous montrent au début de la pensée et dans bien des circonstances une confusion du sujet et du socius bien différente de la distinction précise que nous croyons aujourd'hui si naturelle.

5. — La répartition des actes sociaux

Ces confusions entre l'acte du socius et l'acte du sujet jouent un rôle considérable dans les conduites du petit enfant, mais elles ont moins d'importance dans la conduite de l'adulte, car une division et une répartition se sont graduellement effectuées.

Un écrivain allemand Max Scheler dans son étude « *Selbst Tauschung* » résumait cette évolution (1) : « Nos expériences intérieures nous échappent d'abord complètement, masquées quelles sont par celles que nous éprouvons du fait de la répercussion qu'exercent sur nous les expériences des autres que nous commençons par considérer comme nous étant personnelles... Péniblement nous arrivons à faire la part de ce qui nous appartient en propre et de ce qui nous a été imposé du dehors, qui n'est devenu notre, pour ainsi dire, que par contagion. » Cette division psychologique, après une période de confusion se présente dans l'évolution de beaucoup de faits psychologiques. La responsabilité comme la propriété a été d'abord commune chez les primitifs, puis elle s'est différenciée et précisée : en étudiant les répartitions sociales nous sommes à l'époque où s'est organisée la propriété où s'est formé le sentiment de propriété non seulement des actes mais aussi des fortunes et l'étude de cette phase psychologique serait très importante même pour les problèmes politiques. On se souvient de la fine étude de Baldwin sur les notions de matière et d'esprit, quand il montre que ni l'une ni l'autre n'a existé la première, mais qu'elles sont sorties toutes les deux d'une notion confuse qui au début s'appliquait à l'une et à l'autre. Dans une étude que je faisais autrefois sur la distinction du côté droit et du côté gauche du corps, je montrais que la distinction des deux mains et même les troubles de l'allochirie sortaient d'une période de confusion des deux côtés. Il en est de même dans l'évolution de la distinction du mien et du tien.

L'étude si importante de cette période de transition est bien peu avancée et il est même difficile de dire sous quelles influences se fait cette distinction progressive. M. Wallon nous donne des indications intéressantes : il observe bien qu'à un certain moment l'enfant est tiraillé entre deux pôles dont le rapprochement dans sa propre conscience fait ressortir l'opposition. Le sujet est bien prêt de sentir la nécessité de se concentrer sur l'un et de cristalliser autour de l'autre un personnage différent de lui (2). Il arrive un moment chez l'enfant, dit-il, où se développe le besoin d'affirmer sa jeune personnalité. Ce besoin se manifeste d'une manière très intéressante par le désir de se tirer d'affaire par ses propres moyens, il se manifeste aussi par le développement des réactions de prestance (3). L'enfant dis-

(1) MAX SHELER. — *Zeitschrift für Pathopsychologie*, Band I.

(2) WALLON. — *Op. cit.*, p. 758.

(3) *Id.*, *Ibid.*, p. 772.

tingue peu à peu l'identité des personnes des circonstances dans lesquelles elle se manifeste... Il lui faut ramener les divers aspects à quelque chose de permanent, et qui dépasse les situations dans lesquelles la vie s'éparpille et le tiennent éparpillé lui-même... L'enfant joue de bonne heure avec la sympathie : c'est pour lui un grand divertissement que de se livrer à des actions alternantes, donner et recevoir une tape, se cacher le visage et découvrir celui d'autrui, poursuivre et se faire poursuivre, en un mot se porter tour à tour vers l'un ou l'autre pôle d'une situation comme pour en découvrir les aspects opposés ou complémentaires et vivre chacune des émotions qui lui répondent. Par cette alternance, il apprend à se dégager lui-même des situations qui l'accaparent successivement et à en dissoudre l'ambivalence primitive, à reconnaître les rapports des partenaires, la réciprocité d'action et dans une certaine mesure avec les conséquences liées à chaque action la responsabilité (1) de ses actes.

Ces remarques, surtout les dernières sur les jeux des actes alternants, sont très importantes : je crains seulement un peu qu'elles ne dépassent le point en question. Le développement de la jeune personnalité, le besoin d'un point central plus fixe, les divers aspects de la sympathie et l'alternance des actes sociaux ne sont-ils pas déjà des conséquences de la distinction des polarités bien plutôt qu'ils n'en sont le point de départ ? Peut-être s'agit-il simplement dans ces besoins de l'attaque et de la défense, des besoins d'agir et de réagir socialement les uns sur les autres. La lutte sera plus précise et plus aisée et plus efficace pour celui qui se rend compte du point de départ des actions ; les conduites du nom propre, celles de la croyance au personnage sont des conséquences de l'évolution et du perfectionnement des conduites sociales.

Cette répartition des actes, est la suite sur un nouveau plan des répartitions qui avaient déjà été faites au stade perceptif où les hommes considérés comme des objets étaient déjà séparés les uns des autres et séparés du corps propre du sujet. Les hommes qui entourent le sujet étaient déjà distingués les uns des autres par des caractères qualitatifs qui déterminent des actes perceptifs particuliers. Il y avait déjà l'homme, la femme, l'enfant, le vieillard, le fort, le dangereux, le faible, l'inoffensif, le grand, le gros, le petit, le mince, etc... Les conduites sociales ont sans doute déjà ajouté des distinctions nouvelles comme

(1) *Id.*, *Ibid.*, p. 768.

toutes les différences hiérarchiques, mais elles ne peuvent rester indifférentes aux distinctions déjà établies. Pour réagir aux actes et en même temps tenir compte des distinctions précédentes, il a fallu agglutiner les actes avec les individus et ébaucher une répartition. C'est un nouveau morcelage qui s'est ajouté au précédent.

Cette répartition ne peut pas être complète puisque la représentation de l'acte total subsiste toujours unique dans l'esprit du sujet, mais elle donne aux parties de cet acte un caractère particulier suivant que cette partie de l'acte est attribuée au sujet ou au socius. Cette répartition se rapproche des conduites intellectuelles élémentaires (1). Elle n'est pas absolument fixe et garde le caractère relationnel propre aux actes intellectuels qui tantôt se rapprochent plus de l'un des termes extrêmes, tantôt plus de l'autre. On peut aussi remarquer que cette distinction des personnages qui agissent et leur séparation n'est pas tout, qu'elle ne doit pas être considérée comme absolue et définitive. M. B. Russel dans sa remarquable étude sur le mariage et la morale, 1930, p. 116, après avoir dit que l'amour fait sentir à l'homme l'individualité de l'être aimé comme la sienne propre reconnaît que cette distinction des personnes crée un monde de concurrence et de haine « grâce à l'inepte religion de l'individu qui est sortie du protestantisme et du mouvement romantique » (116). Sans doute il y aura des inconvénients dans la distinction des personnes comme il y a eu des inconvénients dans leur confusion et ce stade de division sera dépassé, car il n'y a rien de définitif, mais cela ne supprime pas le rôle ni l'importance de la séparation des personnes au stade où nous sommes parvenus.

Cette répartition qui attribue l'essentiel de l'action à un des individus distingués par la perception est quelque chose de plus que l'extériorisation précédente car on place dans cet objet déjà considéré comme extérieur quelque chose qui n'était pas précisément corporel, qui était déjà considéré comme intérieur, comme appartenant à la conscience du sujet, les idées, les sentiments, les intentions. C'est pourquoi cette opération plus compliquée doit être distinguée sous le nom d'*objectivation sociale*.

Il ne s'agit plus de la simple possession de l'objet dans le sens où un animal qui dévore une proie la possède, il s'agit d'une *appropriation* qui rattache l'objet à un individu déterminé, même quand cet objet n'est pas actuellement visible entre ses

(1) Cf. *L'intelligence avant le langage*, 1936, p. 120.

main. Ettore Galli dans son livre intéressant « *nello dominio dell'io* » soutenant déjà que la personnalité a commencé par « *mio* », le mien avant d'arriver à « *Io, je ou moi* (1) ».

En résumé, quoique nous ne sachions guère les détails de cette évolution, dans l'action sociale, totale et confuse se sont distingués des rôles différents et complémentaires. L'exercice du commandement a conduit les hommes à distinguer celui qui a l'initiative de l'acte, qui fait le commandement et celui qui joue un rôle secondaire dans l'exécution matérielle. Dans l'amour il y aura celui qui aime, qui aspire au rapprochement et qui fait des efforts pour le conserver et celui qui se borne à ne pas repousser les avances, à se laisser aimer. Dans la haine, il y aura celui qui cherche à réaliser l'écartement, à le rendre définitif par la disparition de l'individu haï et celui qui se borne à constater et à subir cette attitude d'autrui.

Ces deux parties ou ces deux aspects différents de l'acte social donnent naissance dans le langage aux deux formes des verbes, la forme active et la forme passive : quand l'essentiel de l'acte est attribué au sujet, le verbe qui exprime cette action sociale prend la forme active : « *je frappe* » et il devient passif dans l'expression de cette partie de l'acte qui est objectivée et attribuée au socius « *il est frappé* ». Quand c'est l'inverse, quand dans la répartition l'essentiel de l'acte est attribué au socius, c'est lui qui est désigné dans la forme active « *il frappe* » et le sujet qui devient passif : « *je suis frappé* ». La distinction est en général facile pour toutes les actions qui sont exprimées par un seul verbe ayant les deux formes, active et passive. Les difficultés commencent quand les deux parties de l'action sont exprimées par deux verbes différents tous deux à la forme active. Quand l'acte de parler est attribué au sujet, on dit : « *je parle* », mais au lieu de dire : « *le socius est parlé* », ce qui serait correct, on dit : « *le socius entend, ou le socius écoute*. » Quand on attribue l'acte de parler au socius, on dit « *il parle* » et le sujet « *entend* ». Cette irrégularité dépend de l'importance attachée à ces deux formes de l'acte de « *parler* » et « *d'être parlé* » que l'on éprouve le besoin de signaler par des mots différents. C'est là ce qui a amené bien des confusions et ce qui a créé des problèmes artificiels dans l'étude de l'hallucination verbale : quand le malade dit : « *j'entends* » on croit qu'il s'agit d'un acte nouveau distinct de l'acte de parler, tandis qu'il ne s'agit que d'une erreur de répartition à propos de l'acte de parler.

(1) Cf. *Cours sur la personnalité*, 1929, p. 168.

Ce travail au niveau de l'intelligence élémentaire puis au niveau de la croyance s'est effectué comme toujours sur l'ensemble des conduites sociales : dans l'étude sur l'intelligence élémentaire nous avons vu que les progrès se font à la fois sur la notion de l'individu et sur la notion du groupe (1), le nom propre du sujet n'a de signification que par rapport aux noms propres des socii et même au nom du groupe (2).

Sous ces diverses influences se sont formés dans l'esprit trois groupes d'êtres auxquels nous attribuons les diverses actions données par la perception ou par la représentation. Les êtres sont des centres construits par le langage et la croyance autour desquels sont agglomérés un grand nombre d'actes et de représentations d'actes. Nous avons ainsi à notre disposition les êtres imaginaires (groupes sociaux, personnages légendaires, héros de l'histoire continuée), puis deux groupes de grande importance pratique, les hommes qui nous entourent, les socii et l'être que nous sommes nous-mêmes, notre propre personnalité. Pour comprendre le premier groupe il faudrait revenir sur les caractères de l'imagination : on attribue d'ordinaire aux œuvres de l'imagination un caractère particulier d'invention, de nouveauté. Comme ce caractère se retrouve dans toutes les fonctions de l'esprit, même dans la construction des perceptions, cette définition ne me semble par suffisante. L'essentiel de l'imaginaire c'est de n'être pas réel, de n'avoir pas d'importance pratique pour la détermination des actes moteurs, de ne déterminer que des représentations et surtout des représentations verbales. Son étude nous entraînerait dans l'analyse du réel, du demi-réel, du presque réel que nous n'avons pas à considérer (3). Le grand caractère et le point de départ de ces rêveries se trouve dans la facilité de ces opérations qui dépensent très peu de force psychologique : l'abus de la rêverie n'est pas une action voulue, recherchée par le sujet, c'est la seule action qui soit conservée chez les asthéniques qui s'y trouvent en quelque sorte mécaniquement réduits. Les deux autres êtres sont des êtres réels, c'est-à-dire des mots et des croyances qui ajoutent des actions motrices aux actions verbales. Ils sont les formes que prennent au niveau du langage et de la croyance après le développement social les anciennes notions perceptives des corps vivants distincts les uns des autres et du corps propre.

(1) Cf. *L'intelligence avant le langage*, 1936, p. 50.

(2) *Cours sur la personnalité*, 1929, p. 249.

(3) *De l'angoisse à l'extase*, I, p. 275, 284, 289.

A ce niveau, en effet, se sont développés deux personnages importants, le personnage propre du sujet et le personnage du socius. Le personnage propre est formé par l'agglutination, la coalescence, comme dit M. d'Allonnes, de certains actes sociaux ou de certaines parties des actes sociaux qui sont incorporés à une dominante, ici à la représentation du corps propre de manière à faire une aperception unique (1).

Les actes de ce personnage propre du sujet sont tels que l'organisme du sujet n'a pas à se déplacer pour réagir : le sujet réagit à ses propres actes sans se déplacer par des sentiments qui ne provoquent pas de réactions chez les autres. Ce sont là à propos des réactions sociales des caractères que nous avons déjà observés dans le corps propre à propos des réactions élémentaires. Le personnage du socius au contraire comporte des actes qui sont lointains, qui amènent un changement de position et qui exigent du sujet quand il prétend réagir à ces actes des socii des déplacements de tout son corps. Tels sont sommairement indiqués les différents pôles qui se construisent dans l'esprit et qui déterminent les différentes répartitions.

Sans insister sur ce gros problème de la construction des individualités nous arrivons à la question la plus intéressante pour l'interprétation des délirants au problème de l'attribution à l'une ou à l'autre des actes qui se sont présentés d'une manière plus ou moins confuse. Nous sommes si habitués à dire : « C'est moi qui ai posé cette question et c'est M. X. qui m'a répondu » que nous avons de la peine à comprendre l'existence du problème. Il est certain cependant que bien des malades se trompent dans cette répartition et attribuent la question à M. X. en renversant l'attribution des deux actes. Il y a donc des difficultés dans cette répartition et il est facile d'en rechercher le mécanisme.

Il faut distinguer deux formes dans cette répartition dans lesquelles les difficultés ne sont pas les mêmes. Nous avons d'abord à considérer la répartition des actes dans les conduites perceptives, quand l'action du sujet et l'action du socius se font au moment même que nous considérons, quand il s'agit de la répartition des actes qui sont en train d'être exécutés. Dans ce cas la distinction et l'attribution à l'un ou à l'autre semble assez facile et elles ne sont pas d'ordinaire l'occasion de beaucoup d'erreurs.

(1) A propos de ces agglomérations dans un seul « effet ». Cf. REVAULT D'ALLONNES. — Remarques sur l'intelligence. *Journ. de Psych.*, 15 janv., 15 févr. 1934, p. 28.

Quand nous attaquons un autre homme nous avons des mouvements violents en avant contre lui, nous tendons le poing, nous commençons réellement l'acte de le battre. Quand c'est lui qui nous attaque nous percevons ses mouvements en avant, nous avons la perception d'un être vivant qui nous bat et qui commence à nous battre. Il y a également dans le commandement et dans l'obéissance des actes importants faciles à distinguer, la parole à haute voix du chef, les mouvements des membres de celui qui obéit en labourant la terre.

Il y a en outre dans l'exécution de l'action des signes accessoires qui mettent sur la voie de la distinction : l'homme qui nous attaque a sur le visage une expression de colère, il crie fort, il avance. Celui qui est attaqué présente l'expression de la peur, il se tait ou il parle bas, il tremble, il recule. Les hommes ont appris ainsi à distinguer d'abord chez les autres, puis chez eux-mêmes, les deux conduites sociales, ils savent, en voyant un travail organisé, distinguer quel est celui qui commande et quels sont ceux qui obéissent. Ils distinguent à peu près bien, au moins dans les cas simples, quel est celui qui attaque et quel est celui qui est attaqué. En même temps, suivant la loi de Baldwin, ils appliquent la même distinction aux actes dans lesquels ils sont eux-mêmes engagés et reconnaissent à peu près aux mêmes signes s'ils commandent, s'ils obéissent, s'ils attaquent ou s'ils sont attaqués.

Mais la connaissance des actes des hommes n'a pas toujours cette forme élémentaire, car le langage complique beaucoup les choses. Nous pouvons, grâce au langage et à la mémoire, nous donner à nous-mêmes une représentation des actes à un moment où l'exécution de ces actes n'existe plus et ne provoque plus de perceptions. Quand nous nous racontons ainsi ces actes, la distinction des personnes et la répartition sont-elles aussi faciles ?

Sans doute cette nouvelle répartition devrait être la même que la précédente : une mémoire bien correcte devrait représenter les choses dans la description verbale de la même manière qu'elles ont été présentées dans l'acte perceptif. Les mouvements des uns et des autres, les expressions de physionomie devraient être représentés correctement. Mais il ne faut pas considérer la mémoire comme une photographie mécanique et exacte des faits. La mémoire consiste dans l'acte du récit qui est construit par le sujet à l'occasion de l'événement et cet acte demande, pour être bien fait, des qualités d'observateur et d'historien qui sont loin d'être primitives et générales (1). En outre, ce récit doit être

(1) Cf. *d'évolution de la mémoire et de la notion du temps*, 1928.

conservé et reproduit correctement, et il est au moment de la reproduction exposé à mille causes d'erreur. Le récit est presque toujours incomplet et partial, car il est perpétuellement modifié par les sentiments qui sont des régulations des actes et qui agissent aussi sur lui. Il s'agit d'absents dont nous ne voyons plus les attitudes et que le sujet se représente à peu près comme il le veut. Il s'agit aussi d'intentions qui par définition ne comportent pas de mouvements ni d'expressions visibles. Le récit des actes reprend donc dans ces conditions en partie l'aspect que nous avons noté dans la période de confusion précédente et la distinction devient de nouveau beaucoup plus délicate.

Les souvenirs des perceptions ne sont donc qu'un élément dans la répartition des représentations et à celui-ci s'ajoutent toutes sortes d'influences dans un sens ou dans l'autre. Une de ces influences les plus puissantes est celle des sentiments qui existent dans l'esprit du sujet au moment où se forment ces représentations de l'acte social. Ces sentiments, qui sont des régulations de l'acte en cours d'exécution, ne jouent pas seulement le rôle d'accélérateurs, ou de freins, ils transforment les représentations surtout lorsqu'il s'agit d'actes sociaux qui peuvent présenter un double aspect. La représentation d'une diminution dans les appartenances peut prendre l'aspect d'un don que le sujet a fait au socius ou d'un vol que le socius a fait au sujet. D'une manière générale, les actes du don et du vol sont plus excitants, les actes du recevoir et du être volé sont plus déprimants. Quand un individu constate cette diminution de ses appartenances sans souvenir précis des actions elles-mêmes, il sera très influencé dans son appréciation de la situation par les sentiments qu'il éprouve. S'il éprouve de la joie malgré la constatation de la diminution des appartenances, il sera disposé à croire qu'il a fait un don, s'il sent une dépression il croira qu'il a été volé. Cette intervention des sentiments dans l'appréciation d'actions complexes peut amener bien des erreurs dans l'appréciation des faits et déterminer des troubles bizarres dans les appréciations de la propriété (1). Déjà, dans ces transformations de l'aspect de l'action sociale, il y a des changements dans la répartition. Quand la diminution des appartenances est rattachée à un acte de don, l'action essentielle est placée chez le sujet lui-même, quand cette même diminution est considérée comme le résultat d'un vol, l'acte essentiel est attribué au socius.

(1) Cf. *Journ. de Psych.*, 1932 ; *Cours sur la personnalité*, 1929, p. 160.

Ces modifications dans l'aspect et dans la répartition des actes sociaux serait encore plus manifeste si nous considérions des troubles pathologiques. Dans les délires des Sosies et dans les fausses reconnaissances, la part du sujet et la part du socius sont tout à fait modifiées par la disparition ou par l'exagération des sentiments. Mais il ne faut pas entrer ici dans l'étude des phénomènes pathologiques, il suffit de rappeler que partout l'intervention des sentiments joue un grand rôle dans les répartitions des actes, surtout quand il s'agit des représentations.

Ce rôle du sentiment dans la représentation des actes sociaux sera plus tard considéré comme capital et sera l'objet de beaucoup d'études quand on essaiera de comprendre la psychologie de la vie sociale. On peut déjà signaler à ce propos, dans une nouvelle et remarquable revue américaine « *Journal of social philosophy*, de M. M. J. Aronson », l'article intéressant de M. A. B. Wolfe « *Will and reason in economic life* ». Mais le problème est bien loin d'être résolu ; pour le moment, nous devons nous contenter de quelques indications probables.

Une première indication nous est fournie par l'étude toujours si intéressante des sentiments du vide chez les malades qui semblent avoir perdu les sentiments, qui restent indifférents à leurs actes et à leurs pensées et qui semblent ne leur accorder aucun intérêt. Cette disparition des sentiments semble avoir comme premier résultat de supprimer les deux plus importants personnages : « Ce n'est pas moi qui marche, ce n'est pas moi qui parle, ma bouche dit des choses qui ne viennent pas de moi ». Ces malades disent de même : « Ce n'est pas ma mère, ce n'est pas mon enfant qui parle, ce ne sont pas mes frères qui viennent, puisque je n'ai pas envie de courir au-devant d'eux ».

Cependant la suppression de la répartition n'est pas absolument complète, car on voit intervenir les personnages imaginaires : « Ces gens-là ne sont pas réels, ce sont des morts, ce sont des fantômes du rêve », et ces malades semblent vivre dans une société de personnages imaginaires. Quand on parle ici de personnages imaginaires, il ne faut pas entendre les divinités bonnes ou mauvaises que l'esprit humain a construites en dessus et non en dehors des personnages réels. Ces divinités ont conservé les caractères des autres hommes, les socii et les malades qui n'ont plus aucun sentiment ont perdu la croyance à ces divinités comme aux autres socii. M. Bergson a rattaché la formation de ces personnages divins à une fonction spéciale, celle de la

(1) *Op. cit.*, p. 204.

fabulation nécessaire pour combattre les excès de l'intelligence proprement dite. Nous dirions surtout que dans ces cas la suppression des sentiments n'est pas complète et qu'il y a encore une recherche de l'excitation, du réconfort que procurent ces représentations. Les personnages imaginaires dont je parle ici ne sont pas ces divinités, ils sont les héros de roman, les personnages de l'histoire continuée auxquels le sujet n'accorde pas de réalité, quoique leur représentation ne laisse pas d'exciter encore un peu. L'imagination est ici caractérisée non par le pouvoir banal d'invention, de création qui appartient à toute activité psychologique, mais par la suppression de la croyance à la réalité. Le sentiment du vide est une des sources les plus importantes des représentations du véritable imaginaire.

Sous une autre forme, le rôle du sentiment dans la représentation des actions sociales est encore assez net. Dans un ouvrage précédent, j'ai distingué deux groupes de sentiments fondamentaux : les premiers déterminent la régulation des actes pendant leur exécution même. Les réactions de l'effort et de la fatigue sont des régulations d'accélération ou de freinage qui ajoutent une force nouvelle aux actions en cours ou qui réduisent la force déjà mobilisée pour ces actions (1). Le second groupe de sentiments contient des régulations qui déterminent la fin, l'arrêt des actes, la liquidation des actes et des dépenses devenues inutiles soit à cause de leur succès, soit à cause de leur échec définitif : ce sont les joies et les tristesses.

Il est facile d'observer que les premières régulations, celles de l'effort et de la fatigue, donnent à la représentation de l'action un caractère particulier. Ces sentiments sont en relation avec des actes sentis comme incomplets, inachevés ; ils attirent l'attention sur l'exécution de l'acte plus que sur l'objet de l'acte. Un malade obsédé qui cède constamment à la manie des efforts cherche indéfiniment une perfection de l'action et une certitude qui fuient devant lui et il n'arrive pas à l'affirmation complète de l'objet de son action : il reste plus à l'intérieur de son action et de lui-même.

En second lieu ces sentiments développent à un haut degré le caractère subjectif et personnel de l'action. L'effort augmente la force de l'action en appelant à la rescousse d'autres tendances fortement chargées : il provoque l'activation de l'instinct vital qui protège le corps propre, des instincts de propriété, des instincts de supériorité, en un mot il évoque la personnalité

(1) *De l'angoisse à l'extase*, 1926, II, p. 121.

toute entière avec toute sa puissance. Maine de Biran avait avec justesse considéré l'effort comme un élément essentiel du sentiment de la personnalité, comme le véritable fait primitif du sens intime (1). L'intérêt et toutes les autres manifestations de l'effort, quand ils apparaissent, deviennent des éléments puissants de subjectivation. Sans doute nous pouvons nous intéresser à autrui, faire effort pour comprendre les autres, pour sympathiser avec eux et même pour leur obéir, mais même alors il y a un élément personnel qui se joint à la représentation sociale et qui nous donne un grand rôle dans cet acte social, l'intention de cet acte reste personnelle. Plus l'acte paraît difficile, plus il demande d'efforts, plus il paraît lié à l'ensemble de la personnalité (2). Dans les expériences intéressantes de MM. Michotte et Prum sur le sentiment de l'action le sujet a fortement le sentiment de l'action personnelle quand « il fait effort, quand il a conscience d'une tension suivie d'un relâchement » (3). Les obsédés qui sont caractérisés par la manie de l'effort nous présentent toujours, comme nous aurons à le revoir, une attribution de l'action à eux-mêmes et une exagération de la subjectivation.

Quoique ce soit moins net, je pense que le second sentiment fondamental qui accompagne l'exécution de l'action, le sentiment de la fatigue caractérisé par la régulation de la halte possède à peu près les mêmes propriétés de subjectivation. Il s'agit d'une réaction de freinage qui vient après l'effort, mais ne le supprime pas entièrement : l'action est freinée momentanément, mais elle n'est pas supprimée, elle est simplement remise à plus tard. Le sujet fatigué conserve son intérêt pour l'action, il se prépare à la reprendre, il ne la suspend que pour la mieux réussir : l'effort et l'intérêt subsistent avec leur caractère personnel.

Enfin il ne faut pas oublier que l'addition de l'effort et de l'intérêt donne naissance à bien des notions importantes, en particulier aux notions de production, de pouvoir et de force (4). De même que nous avons inventé « la production d'une marmite » nous arrivons à l'idée de la production de l'action et les hommes deviennent capables d'intentions qui apparaissent à nos yeux avec des valeurs très différentes. Il y a des intentions qui

(1) MAINE DE BIRAN. — *Œuvres inédites*, II, p. 47.

(2) *Obsessions et psychasthénie*, 1903, I, p. 488.

(3) Expériences étudiées dans *De l'angoisse à l'extase*, 1926, II p. 611.

(4) *Cours sur la personnalité*, 1929, p. 301, 313.

nous paraissent insignifiantes et vis-à-vis desquelles il n'y a pas lieu de prendre des précautions, il y a au contraire des intentions redoutables qui font prévoir l'exécution de l'action et contre lesquelles il faut se garantir. Ce sont ces différentes appréciations de l'intention et ces différentes réactions qui sont le point de départ des notions de pouvoir et de force si importantes pour la construction de la personnalité.

Enfin ce sentiment de l'effort et de l'intérêt joue un grand rôle dans le sentiment de la propriété. Les malades qui présentent le sentiment du vide, qui ont perdu l'effort et l'intérêt ont souvent perdu en même temps le sentiment de la propriété des objets (1). Il y a dans les appartenances une conduite qui n'est pas sans analogie avec la prise de conscience. Ces conduites rattachent à la personnalité une foule d'objets, les tatouages, les décorations, les billets de chemin de fer qui sont des sortes de tatouages mobiles, les objets personnels, etc... : la prise de possession des actes sociaux est du même genre.

Nous pouvons donc dire qu'en général les sentiments de l'effort, de l'intérêt et même de la fatigue, quand ils se joignent à une action sociale, tendent à lui donner une disposition à la subjectivation, ils tendent à augmenter l'importance de notre part dans l'exécution de cet acte et au contraire à diminuer la part accordée au socius dans la préparation et dans l'exécution de cet acte.

(1) *Cours sur la personnalité*, 1929, p. 170.

(à suivre).

AGNOSIE DIGITALE ET TROUBLES PSYCHIQUES

Sur certains états psychopathiques chez les malades présentant des phénomènes d'agnosie digitale et des troubles de la sensibilité

PAR

RAISSA GOLANT-RATNER

Comme on le sait, Gerstmann (1), en 1924, a décrit un syndrome qui a reçu le nom d'agnosie digitale, où cette dernière se combinait avec la lésion de l'identification des côtés droit et gauche, agraphie isolée (non liée à l'alexie), et acalculie. Les malades eux-mêmes ne remarquaient pas leur trouble. Aussi bien, dans son premier rapport, que dans ses publications ultérieures, Gerstmann parle des troubles de la reconnaissance, de l'identification dans le choix et la présentation des doigts, surtout de l'index, du médius et de l'annulaire. Il signala ensuite qu'ayant les yeux fermés, les malades ne reconnaissent pas les doigts touchés par l'expérimentateur.

Gerstmann estime que ce symptôme digital a un caractère agnostique, qu'il faut le rattacher au trouble du schéma du corps [travaux de Head (2), Schilder (3)], aux lésions décrites pour la première fois par Pick (4) sous le nom d'autotopagnosie,

(1) GERSTMANN. — Votr. in d. deutschen Gesellsch. d. Nervenärzte in Innsbruck. *Wien. Klin. Wochenschr.*, Festnummer, n° 40, 1924. Le même auteur : Fingeragnosie u. isolierte Agraphie-ein neues Syndrom, *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, Bd. 108, H. 1-3, 1927. Le même auteur : *Dtsch. Ztsch. f. Nervenheilk.*, Bd. 116, 1930. Le même auteur : *Symptomatologie d. Hirnläsionen im Uebergangsgebiet d. unteren Parietal-und mittleren Occipitalwindung*, *Nervenarzt*, 3, 1930.

(2) HEAD. — *Brain*, 16, 1893.

(3) SCHILDER. — *D. Körperschema*, Berlin, Springer, 1923.

(4) PICK. — *Ueber Störungen d. Orientierung am eignen Körper. Arb. aus d. deutsch. psych. Klinik in Prag*, Berlin, Karger, 1908.

de choragnosie d'après Rosenberg. Pötl et Herrmann (1) veulent voir, dans les phénomènes décrits par Gerstmann, un trouble apraxique. Dans deux cas de maladie d'Alzheimer nous avons réussi à montrer (2) que l'agnosie digitale, de même que l'agnosie visuelle peut, dans certains cas, présenter principalement ou exclusivement un trouble net du composant moteur de la perception, ce qui rapproche ce trouble de celui de l'apraxie. Et Gerstmann, en se basant sur les observations d'Herrmann et Pötl, émet l'hypothèse que, dans certains cas, cette lésion se rapproche de celle de l'apraxie.

En rattachant certains états psychopathiques aux troubles agnostiques du côté du schéma du corps et n'y trouvant pas les symptômes classiques de l'agnosie digitale, nous avons cherché un moyen de déceler l'agnosie digitale peu prononcée. Dans les cas où l'indication, la reconnaissance et la présentation du doigt exigé se font d'une manière satisfaisante, nous réussissons à déterminer un trouble de la reconnaissance des doigts par l'attouchement, les malades ayant les yeux fermés. Ceci se fait de la façon suivante : les yeux étant fermés, on immobilise avec la main l'une des mains du sujet, et, après lui avoir recommandé de ne pas remuer les doigts, nous effectuons des excitations tactiles sur les doigts séparés du malade à l'aide d'un petit pinceau ou avec l'extrémité aiguë ou mousse d'une aiguille, indifféremment, sur la face antérieure ou postérieure. On demande au malade à quel doigt il ressent l'attouchement. Les sujets sains répondent infailliblement à cette question. Dans les cas dont nous allons parler, ou bien les malades ne peuvent nommer le doigt sur lequel a été faite l'excitation, ou bien ils répondent correctement en indiquant s'il s'agit du pouce, du petit doigt, parfois de l'index. Lors de l'excitation du médus et de l'annulaire, les malades se trompent constamment, confondant souvent ces deux doigts. Il suffit que le malade remue les doigts pour qu'il fasse parfois une réponse juste. Si l'on propose au malade d'ouvrir les yeux aussitôt après la piqure, même si celle-ci n'est pas répétée, le malade dirige immédiatement son regard vers le point où vient d'être effectuée l'excitation tactile, et nomme correctement le doigt. Ce qui prouve qu'ici nous

(1) PÖTL u. HERRMANN. — *Ueber d. Agraphie u. ihre lokaldiagnostischen Beziehungen*, Berlin, Karger, 1926.

(2) GOLANT-RATNER. — *Ueber einen eigenartigen Fall von optischer u. autotopischer Agnosie. Monatsschr. f. Psych.*, Bd. 89, 1934.

Sur la question de la méthode d'examen et de psychopathologie des troubles agnostiques, travaux du Congrès psychoneur. de l'Ukraine, 1934.

n'avons pas affaire à un trouble de la localisation de la sensibilité tactile. Même sans ouvrir les yeux, les malades peuvent désigner le point de la piqure. Même après un exercice très prolongé, les malades continuent à se tromper dans l'identification du médus, de l'annulaire, et quelquefois même de l'index.

Ce phénomène ne peut s'appeler autrement que symptôme d'agnosie digitale faiblement prononcée. Dans ces cas, la localisation des excitations cutanées se trouve conservée ; de même, la sensibilité profonde n'est pas lésée. Bien au contraire, les mouvements des doigts permettaient de déterminer le doigt ayant subi une excitation cutanée. Il ne s'agit pas davantage de quelques troubles psychiques généraux graves qui empêcheraient la reconnaissance des doigts. Nous l'avons déjà vu : ces malades n'éprouvaient de difficultés que pour deux doigts seulement, le médus et l'annulaire. De plus, comme nous le verrons plus bas, les malades en question avaient une personnalité bien conservée, et se prêtaient à l'examen avec attention et intérêt. Les malades psychiques graves, au contraire, répondaient infailliblement à l'épreuve. De même que les malades de Gerstmann et des autres auteurs s'occupant de l'agnosie digitale, nos malades ont fait les mêmes erreurs, principalement dans l'identification du médus et de l'annulaire. Nous le répétons, ces phénomènes ont été signalés auparavant. Nous nous permettrons seulement de noter que, dans certains cas, cette méthode de détermination de l'agnosie digitale est la seule qui puisse prouver l'existence de celle-ci à un plus faible degré.

A l'heure actuelle, nous avons en observation un cas qui confirme définitivement notre position, à savoir que le phénomène décrit caractérise une agnosie digitale faiblement marquée. Il s'agit d'un malade amené à la clinique avec le syndrome de Gerstmann nettement prononcé (parmi certaines autres lésions en foyers). Subitement, durant la nuit, les phénomènes s'amendèrent nettement et au lieu de toutes les manifestations de l'agnosie digitale on n'observa plus que le symptôme décrit. Ensuite, tout le tableau morbide présenta des oscillations, tandis que, sous le rapport de l'identification des doigts, nous observions tantôt une propagation des phénomènes dont il est question à tous les doigts, tantôt leur limitation au médus et à l'annulaire seuls.

Passons à la description des malades chez lesquels on observait, à côté des phénomènes d'agnosie digitale et troubles de la sensibilité des tableaux psychotiques graves manifestement en relation avec eux.

OBSERVATION N° 1. — Malade Gol..., 50 ans ; employé à la poste, a été transféré à la clinique psychiatrique en janvier 1935. Vient d'une famille saine, se distinguant par sa longévité. A eu la dysenterie et la rougeole dans l'enfance. A fait de bonnes études. Pas de vie sexuelle jusqu'à 25 ans. A 25 ans s'est marié avec une veuve ayant trois enfants. Ne buvait pas. Nie toute maladie vénérienne.

En 1920 a reçu un coup violent à la tête sans perte de connaissance. Employé des postes dès sa jeunesse, obtenant de l'avancement dans son service. La femme avec laquelle le malade vit depuis 24 ans dit que le malade était toujours très actif, sociable, délicat, plein de sollicitude. Attentif envers sa femme et ses enfants, malgré que ces derniers ne fussent pas ses enfants à lui. Travaillait fort bien jusqu'à sa maladie.

Les premiers symptômes de la maladie paraissent remonter à l'année 1931-32. Sa femme observa parfois, après quelque contrariété, que le malade commençait à marmotter quelque chose d'incompréhensible et que « la langue lui fourchait ». Ceci arrivait plutôt le soir. Le malade prononçait des mots ne ressemblant à aucune langue, semblant habituellement s'adresser à quelqu'un. Le malade commence à mal dormir, à fumer, à boire un peu, se laisse aller. Passe à un autre service comme caissier de banque. Là, il remit 1.000 roubles de trop (le malade lui-même raconte que deux liasses de billets de cent roubles s'étaient collées) il fallut s'acquitter, vendre des affaires. Ceci inquiéta peu le malade, il changea de nouveau de travail. Comme son état s'aggravait, on lui offrit la place de chef d'un bureau de poste à la campagne. Le malade y consentit, pensant qu'en province le travail serait plus facile. Cependant, à ce moment, il fallait faire là-bas des réparations et le malade éprouvait des difficultés. Il se conduisait de façon étrange : errant la nuit dans les chambres, extrêmement négligeant dans son travail, il laissait la caisse ouverte, oubliant de donner des ordres, se cachait des gens, se couchait vers 3 ou 4 heures de l'après-midi. Le malade lui-même raconte que les ennuis causés par les réparations l'amènèrent à vouloir sérieusement tuer l'ingénieur et à se tuer ensuite. Il s'est trouvé avoir une affaire judiciaire. Le 17 décembre 1934 le malade arriva à Léninegrad et disparut de la maison. Revenu deux jours après il déclara sérieusement qu'il partait à l'étranger ainsi que le lui avait dit un homme dans la rue.

Le malade ne peut dire où il a passé ces deux jours. Souvent il se plaint à sa femme d'éprouver une sensation de gargouillement, de quelque chose d'étranger dans sa poitrine. Ses relations envers sa femme et ses enfants changent ; il s'irrite, crie, est jaloux de sa femme vis-à-vis de son fils. Les parents s'adressèrent au médecin qui envoya le malade à l'hôpital psychiatrique.

Le malade lui-même dit qu'à la fin de 1931 ou au début de l'année 1932 il commençait à éprouver des sensations à la cage thoracique, « comme si elle grossissait, s'enflait ou comme s'il était enceint ». Un jour, durant le repas, sa langue avait été soumise à cette force qu'il

ressentait dans la cage thoracique, l'air était chassé de la cage thoracique et le malade prononçait des mots intelligibles, en beaucoup de langues, il y avait beaucoup d'accents. D'abord il lui semblait qu'il entendait ces paroles à l'intérieur de la cage thoracique. Il les entendait avec l'oreille et en lui-même. Au commencement, la voix n'arrivait pas à prendre le dessus et elle s'efforçait de sortir au dehors. Cela continua plusieurs heures de suite. Ces jours-là, déjà avant l'accès, le malade éprouvait une grande faiblesse. Depuis, il n'a plus eu d'accès aussi violent. Cet accès s'explique mal, étant donné que, selon les dires de l'entourage, le langage rappelait l'hébreu ou l'allemand, or, le malade ne parle aucune de ces langues. En ces derniers temps, le malade sent, avant l'accès, qu'il a deux têtes, deux langues, celles qui lui sont étrangères et les siennes propres qui luttent entre elles. Paroles forcées — c'est la victoire de la tête et de la langue étrangère. Souvent avant l'accès, également, tremblement des mâchoires. Sensation de tiraillement dans la poitrine et dans la bouche, la bouche s'ouvre et se ferme. A présent les accès durent de quelques minutes à 20-30 minutes. Les sensations décrites plus haut ne s'accompagnent pas toujours de paroles incompréhensibles. La nuit, parfois le malade voit ses jambes coupées et pendant au dos du lit, le lit grince sous lui, il éprouve une grande frayeur, essaie de se lever, mais ne le peut. Il semble au malade que ceci arrive en état de veille.

Souffre de maux de tête depuis 1934.

Le malade s'oriente parfaitement bien dans l'espace le temps et l'entourage. Est très poli, attentif, aide le médecin à analyser ses plaintes. Manifeste une critique juste et un intérêt suffisant envers l'entourage. S'intéresse à sa santé. Fait journallement part de ses états psychiques à son médecin. S'inquiète de la situation de sa famille. Est contrarié et indigné à cause de son affaire judiciaire, « on m'a offensé, on m'a couvert de boue », dit-il. Intégrité du fond mental. Fait correctement le calcul des grands nombres. Ce n'est que dans le compte des doigts que le malade se trompe. (Par exemple, quand on lui propose de dire le nombre de lettres d'un mot très long).

Durant son séjour à la clinique il présenta toute une série d'états psychiques singuliers. En voici quelques-uns :

Un jour il déclare que la nuit, quand il ne dormait pas, quelqu'un l'a étreint, a frôlé son nez avec le sien et s'est mis à le frotter. Un jour après, le malade déclare que sa voix s'est déplacée. De tranquille qu'elle était, elle s'est mise en mouvement et occupe toute la cage thoracique, après avoir nettement prononcé « inkhasder » ce qui, d'après lui, signifie le démembrement, « averbuch », qui signifie destruction et « underfrager », rangement. Le malade suppose que par suite de sa maladie il sera démembré, anéanti et ensuite de nouveau rassemblé. Il supporte très péniblement cet incident, pense que c'est la fin. D'un côté le malade garde son sens critique vis-à-vis de ses manifestations morbides, de l'autre, au moment où celles-ci apparaissent, il se trouve sous leur influence.

Un jour il voit à son côté un homme un peu plus grand que lui, mais qui lui ressemble extrêmement. Son sosie était plus élancé et plus beau que lui. La voix à l'intérieur de lui dit en russe : « Vois, tu es déjà vieux et décrépi, celui-ci doit prendre ta place ». La voix ayant parlé, le sosie disparut. Comme toujours, il entendait, non avec ses oreilles, mais à l'intérieur de lui-même, dans la poitrine. Il compare la sensation de la voix au gargouillement dans le ventre. Le malade fait la remarque que s'il était superstitieux, il aurait pensé à de la sorcellerie.

La nuit probablement, parfois en état de sommeil, mais parfois peut-être en état de veille ou état transitoire, états psychiques extrêmement vivaces. Un jour, par exemple, devant ses yeux apparaît un pré, dans le pré, un arbre. A l'arbre était attaché un cheval très maigre. Tout d'un coup s'est abattue une nuée de moustiques qui se collèrent au cheval et commencèrent à le piquer. Le cheval tâchait de s'en débarrasser. Tout d'un coup le vent s'éleva, chassant les moustiques, après quoi le tableau disparut. Celui-ci se distinguait par son extrême réalité et présentait tous les objets en grandeur naturelle (les sons, cependant, n'étaient pas perçus) (Sensations de « tête perdue » — « elle est sur les épaules, mais elle n'est pas à moi »). Le malade dit à ce propos que la vie perd son sens, n'a pas de raison d'être si l'on ne peut se rendre utile. « Parfois, la nuit surtout, durant 2-3 heures, les bras et les jambes se refusent et sont douloureux. Il crie de « douleur morale ».

Une autre fois le matin, couché dans son lit, subitement il s'est perdu, il s'est séparé de lui-même. Dit être arrivé à Stockholm en bateau, en passant par la Finlande. A Stockholm des gens sont venus à sa rencontre, l'ont emmené en automobile dans un palais où l'on recevait bien ; il voyait nettement les paysages et les gens, les aurait reconnus. A Londres il a vu une manifestation avec des drapeaux rouges, etc. Après cela il s'est retrouvé dans son lit, très abattu. Le malade n'éprouvait pas ces états comme dans un rêve.

A l'examen neurologique on note : tête douloureuse à la percussion, du frontal surtout, les réflexes tendineux des membres inférieurs à droite sont un peu plus exagérés qu'à gauche, clonus assez fréquent du pied droit.

Au visage sur les bras, la poitrine et le dos jusqu'à 10 D, puis laissant ensuite libre le ventre, la région des fesses et la partie supérieure des hanches ; aux jambes on observe le trouble de sensibilité suivant : le malade ne perçoit l'attouchement qu'à forte pression ; une piqûre d'épingle même très forte n'est perçue que comme un effleurement. Si, cependant, la piqûre dure suffisamment longtemps, 1, 2, 3, minutes, elle est très faiblement perçue par le malade.

Partout, où il y a anesthésie morbide, la localisation de l'attouchement est tout à fait inexacte. Menacé d'un coup, le malade ne fait pas de mouvements de défense. Le contact de la chaleur et du froid est ressenti comme quelque chose de légèrement tiède ou d'un peu froid parfois, comme une chose indifférente au point de vue thermique.

Si deux excitations tactiles sont faites à la suite l'une de l'autre, elles ne sont perçues que comme deux excitations distinctes, si l'intervalle de temps est suffisamment grand, 5 secondes et plus. Dans le cas contraire, deux excitations sont perçues comme une seule et unique excitation. Deux excitations simultanées sur deux régions de la peau, différentes et même éloignées, sont toujours perçues comme une seule excitation et se localisent quelque part au milieu.

Chez ce malade, l'agnosie digitale se traduisait par l'écart indiqué plus haut. Avec les yeux fermés, le malade ressentait les piqûres ou l'attouchement fait aux doigts, même s'il s'agissait du pouce, de l'index ou du petit doigt.

Il est vrai que même dans ces cas le malade remue souvent ces doigts-là, mais principalement les doigts voisins, avant qu'on ne lui désigne un doigt, surtout s'il s'agit de l'index. Il identifie mieux le pouce et le petit doigt. Mais au contact d'une aiguille, ou d'un petit pinceau sur le médius ou l'annulaire le malade fait une réponse inexacte : il nomme l'annulaire au lieu du médius ou nomme un autre doigt quelconque. Si l'on permet au malade de faire suffisamment de mouvements avec les doigts voisins, alors il fait parfois une réponse exacte pour le médius et l'annulaire aussi. Si après un bref laps de temps après la piqûre au médius et à l'annulaire même, on permet au malade de regarder ce doigt, le malade en regardant le point de la piqûre nomme correctement le doigt. A l'examen, avec les tests de Head, le malade accuse un ralentissement dans la solution du test « main, œil, oreille ». Solution qui est quelquefois inexacte et corrigée ultérieurement; de même il se trompe parfois avec les tests horaires principalement dans les indications des chemins de fer (il plaçait la petite aiguille sur un chiffre du cadran sans tenir compte de la position de la grande aiguille).

Sang et liquide céphalo-rachidien sans modifications.

L'examen encéphalographique répété a montré une réplétion du ventricule latéral gauche et du troisième ventricule par l'air. Les ventricules ne s'écartent de la norme ni par leur forme, ni par leur grandeur, ni par leur position. Aussi bien au premier examen qu'à l'examen répété, le ventricule latéral droit est en réplétion inégale. L'air ne remplit que quelques parties centrales un peu élargies de la voûte du ventricule, ainsi que le triangle ventriculaire ; on ne réussit pas à remplir des sections frontales du ventricule latéral droit. Le dessin du relief de l'encéphale est inégal, avec scissures profondes très marquées, par places.

Du côté des viscères, aucun écart appréciable de la normale. Le malade est maintenant en observation depuis 1 an et 9 mois. Durant ce temps, sur les instances de la famille et des médecins, il est rentré plusieurs fois à la clinique, mais, supportant péniblement son séjour, surtout les derniers temps, il en sortait assez vite.

Son état augmente nettement, les maux de tête se sont fortement accentués. Les états fantastiques ne cessent presque pas. Des sensa-

tions torturantes sont apparues à la paume des mains et à la plante des pieds, sensations que le malade décrit comme un prurit, comme une sensation de sucré.

Le malade se trouve souvent dans un état mi-syncopal et à ce moment-là, il tombe. Il se plaint également de violents maux de tête. Il est très abattu, méfiant, irritable dans sa famille. Il conserve la critique à son état, mais il est plus pessimiste, n'espère plus guérir.

En résumé, chez un homme de 48 ans, auparavant bien portant et ayant reçu un traumatisme sur la tête 12 ans avant, se déclanche une crise de sensations singulières dans différentes parties du corps sous forme de sensation d'augmentation, de gonflement de la cage thoracique, d'accroissement de la tête, de dédoublement de la tête, de la langue, démembrement des extrémités et langage bizarre composé de paroles incompréhensibles même pour le malade. Outre cela, on note chez le malade des états psychiques, fantastiques, à caractère cohérent, se déroulant d'une façon ordonnée et avec esprit de suite en tableaux scéniques, extrêmement vivants.

Neurologiquement : asymétrie légère dans la région des branches inférieures des faciaux. Exagération des réflexes patellaires, clonus droit de la plante du pied.

Modification de la sensibilité à la douleur et à la chaleur à la face, au tronc et aux jambes. Agnosie digitale faiblement marquée. Modifications encéphalographiques à caractère imprécis.

OBSERVATION 2. — P. Ch., 32 ans, ancien dessinateur de plans. Entré à la clinique le 18 avril 1936. Se compte malade depuis le mois de mars 1936. Apparition de forts maux de tête, commet des fautes à son travail. Des voix apparaissent. Le malade les entend nettement, plus souvent le jour et plutôt à droite. Les voix ont un caractère agréable. Frayeurs la nuit, se réveille souvent. Le malade éprouve une sensation désagréable parce que quelqu'un est assis sur ses épaules. Maux de tête et sensation de pression aux épaules depuis 1925, après avoir été atteint de fièvre typhoïde et du typhus exanthématique. En janvier 1935 a été pris dans une machine, contusionné à la tête. Grosses contrariétés en février 1936, assure que quelqu'un de mou et de pesant est assis sur ses épaules. Le malade suppose que c'est peut-être un ouvrier, qui lui a causé autrefois des ennuis ; 6 mois avant son entrée à la clinique, s'est jeté sous un autobus afin de tuer cet homme.

Sa mère est morte jeune, son père, homme très irritable, est adonné à la boisson. Le grand-père du malade s'est perdu. Le malade, après de bonnes études, a terminé la 10^e classe. Travaille depuis l'âge de 17 ans en qualité de : dessinateur de plans, caissier, gérant des maisons d'une fabrique ; puis de nouveau caissier, inspecteur des chemins de fer. Durant cette année, a travaillé en qualité de chaudron-

nier. Quoique de caractère emporté, avant sa maladie il se comportait bien à l'égard de sa famille, composée de sa femme et de ses trois enfants.

Après son accident d'autobus, il a été placé à l'hôpital psychiatrique, d'où il est sorti le 25 mars. A la maison, fait preuve d'une grande lassitude, voit des figures en blanc. Accès avec perte de connaissance, durant lesquels son bras droit avait été secoué de tremblements ; violente céphalée consécutive. Il disait à sa femme qu'il voulait se pendre.

Dans le service, se plaint de ce qu'un homme est assis constamment sur ses épaules. Dans la baignoire, cet homme a sauté de ses épaules, cependant, sitôt le malade sorti du bain, il s'est de nouveau rassis. En se promenant, le malade se place sous un arbre, tâchant de cogner cet homme avec les branches, mais l'homme assis sur lui, pèse sur sa poitrine avec ses bottes. Il est souvent très abattu, demande qu'on le fasse sortir. Dans le cas contraire, menace de se sauver. Absence de critique pour son état. Orienté dans l'espace, le temps et l'entourage. Est accessible. Parle volontiers avec les médecins, se laisse volontiers examiner.

On constate des troubles de la sensibilité. Il perçoit l'attouchement, mais la distance nécessaire à la perception de deux piqûres (examen avec le compas de Weber) est incontestablement plus grande que normalement. La sensibilité à la douleur, à la vibration, à la température est modifiée de la façon suivante : à l'exception de la région inférieure du ventre et des parties génitales, les excitations douloureuses, thermiques et vibratoires sont perçues comme un attouchement. Ce n'est qu'avec une excitation plus prolongée (plus de 1-3 minutes) que le malade éprouve des sensations douloureuses et thermiques. Deux excitations simultanées sont perçues comme une seule excitation. Deux excitations successives sont perçues comme deux attouchements, à la condition que l'intervalle de temps soit suffisamment grand.

Le malade identifie le pouce, l'index et le petit doigt des deux mains si, les yeux étant fermés, on fait des piqûres ou des excitations tactiles à ces doigts. Il ne peut dans ces conditions reconnaître le médium et l'annulaire.

L'état de dépression s'étant amendé durant son séjour à la clinique, le malade en sort après un séjour d'un mois.

Réadmis le 13/IX aux fins d'examen. Se sentait assez bien durant tout l'été et travaillait, comme invalide. Le mois dernier, cependant, a remarqué de nouveau une certaine aggravation. Dans la rue est subitement pris de vertige et tombe sans connaissance ; il est revenu à lui à la même place, dans la rue, et suppose qu'il est resté ainsi près de cinq minutes. Salivation abondante. Ni morsure de la langue, ni miction. Environ dix jours après, également après une céphalée violente, deuxième accès diurne, dans la rue, durant lequel le malade a été dépouillé de son portefeuille contenant ses papiers et de l'argent.

Durant la céphalée, que le malade localise au front et aux tempes avec irradiation à la nuque, se plaint parfois d'éprouver des vertiges et des maux de cœur.

Le malade éprouve de la pesanteur aux épaules, mais ne remarque pas, comme auparavant, d'homme assis dessus. Critique incomplète à l'égard de son interprétation délirante passée. Du côté de la sensibilité, les troubles ont augmenté ; la perception des piqures et des excitations thermiques exige encore plus de temps qu'auparavant. Quand on porte une excitation sur les doigts, les yeux du malade étant fermés, celui-ci n'identifie non seulement pas le médus et l'annulaire mais encore les autres doigts.

Le malade se refuse à l'encéphalographie ainsi qu'à la prise du liquide céphalo-rachidien. Le séjour à la clinique pesait au malade. Il en sort deux semaines après son admission.

En résumé, nous constatons chez le malade des céphalées, qui se sont manifestées à la suite d'une maladie infectieuse, puis d'un traumatisme, des accès avec perte de connaissance ; du côté de la sensibilité et de l'agnosie digitale, mêmes phénomènes que dans le premier cas et, enfin, troubles psychopathiques sous forme de dépression, irritabilité, une certaine obstination pathologique et une fausse interprétation de l'idée délirante à propos de l'homme assis sur ses épaules. Par rapport à ce dernier, le malade n'a aucun sens critique, allant dans sa lutte contre cet homme assis jusqu'à la résolution de s'exposer au danger de périr sous un autobus.

Nous avons encore deux cas en observation, mais ils rappellent, en somme, le deuxième cas. Les deux cas décrits plus haut sont reliés entre eux au point de vue neurologique par l'extrême ressemblance des troubles de la sensibilité et le même degré d'agnosie digitale qui s'accroît dans le deuxième cas. Les mêmes modifications de la sensibilité et de l'agnosie digitale se retrouvent dans les deux autres cas en observation, non décrits.

Ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, la non-reconnaissance des doigts à l'attouchement doit être rapportée aux phénomènes d'agnosie digitale peu prononcée. Les phénomènes relatifs à la sensibilité douloureuse rappellent l'asymbolie douloureuse décrite par Schilder et Stengel (1). Ce symptôme consiste en

(1) SCHILDER u. STENGEL. — Schmerzsymbolie. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, Bd. 113, S. 143, 1928.

D. Krankheitsbild d. Schmerzsymbolie. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, Bd. 129, S. 250, 1930.

Ueber ein neues als Schmerzsymbolie bezeichnetes Symptom. *Verein f. Psych. u. Neurol. in Wien*, Sitzung vom. 20-XII, 27, Berlin, Klin. Wochenschr., n° 7, 1928.

l'absence de la perception à la douleur ainsi que dans celle de la perception des excitations douloureuses menaçantes et même dans la recherche de ces excitations douloureuses avec conservation de quelques sensations se traduisant par des grattements au point d'application des excitations douloureuses. La présence d'une série d'autres phénomènes, ainsi que quelques autopsies, ont donné aux auteurs la possibilité de localiser dans leurs cas la lésion au Gyrus supramarginal. La ressemblance avec nos cas s'accroît, semble-t-il, par la présence, dans les cas d'asymbolie douloureuse, de phénomènes d'agnosie digitale. Cependant, une série de considérations nous empêche de rapporter ce trouble de la sensibilité à l'asymbolie douloureuse de Schilder et Stengel. D'abord, ce fait que dans un de nos cas avec des excitations douloureuses plus prolongées la perception douloureuse a lieu : ceci pouvait toutefois dépendre d'un degré moins marqué du symptôme. Ensuite, l'analgésie n'est pas complète dans nos cas, elle est inégale dans le second. Foerster (1) suppose que la lésion corticale du sens douloureux, dans son acceptation plus étroite, doit être localisée dans le gyrus central supérieur et le lobule pariétal supérieur.

Cependant, ce trouble ne ressemble pas à l'analgésie, au sens étroit de ce mot. La labilité des phénomènes, l'importance du facteur temps nous forcent à penser à une modification de la fonction (Fonctions Wandel), dans le sens de Weizsäcker et Stein.

Nos cas demandent à être analysés encore plus minutieusement du côté de la sensibilité, ce qui n'a pu être réalisé jusqu'à présent, pour des raisons extérieures. Mais, dès à présent, il faut constater que, dans tous nos cas, le type d'agnosie digitale décrit plus haut s'accompagnait du trouble de la sensibilité indiquée, ce qui ne peut certainement être expliqué par une coïncidence fortuite. La céphalée, les accès avec troubles de la connaissance représentaient les symptômes non spécifiques d'une lésion organique, probablement progressive, de l'encéphale.

Dans les deux cas, les traits communs du tableau psychopathique se traduisaient par un abattement profond, quelque insuffisance de critique à l'égard des états psychiques pathologiques, conviction de leur réalité qui dans le deuxième cas surtout affectait par moments un caractère de délire, et certaines particularités des états psychiques pathologiques eux-mêmes. Dans les

(1) FOERSTER. — Der Schmerz und seine Bahnen. *Bruns' Beitr. zur klin. Chir.*, 1926.

deux cas (ainsi que dans deux qui ne sont pas rapportés ici), les malades éprouvaient des sensations singulières de changement dans leur propre corps (gonflement, tuméfaction, accroissement, dédoublement des parties du corps dans le premier cas et sensation de pression aux épaules, dans le second), et la sensation de la présence d'un autre homme très ressemblant mais distinct et étranger dans le premier cas, assis sur les épaules dans le second.

Ces sensations se rapportent au large groupe général des troubles du schéma du corps

Nos deux cas affectent un cours progressif. Dans le premier cas, nous observons dans les états psychiques, où la conscience est quelque peu embrumée avec visions nettes de scènes, très proches, des états délirants. A part cela, il y a encore dans le premier cas un symptôme remarquable, c'est le langage incompréhensible, involontaire. Après l'étude de ce cas a paru le travail de Betzendahl (1) décrivant chez 4 femmes (l'une de 39 ans, les autres de 54 à 62 ans) la même émission de mots également incompréhensibles auxquels étaient attribués un sens particulier, comme dans notre cas. Dans l'un de ces cas seulement, l'auteur conjecture une schizophrénie. Etant donné que les malades éprouvaient des sensations particulières dans différentes parties du corps ou bien y localisaient ces mots, l'auteur rattache cette émission pathologique de paroles au schéma corporel. Dans ces cas, il n'existe pas de relation aussi nette entre les lésions manifestes du schéma corporel particulièrement avec les lésions basées sur les lésions organiques grossières de l'encéphale. Dans ces cas, malgré la faiblesse de la critique et la pleine conviction de la réalité des émotions éprouvées rattachées au symptôme fondamental, les malades manifestaient un grand naturel et de l'ordre dans la conduite, quoique un peu moins nettement exprimés peut-être que dans nos cas. Les malades de Betzendahl ayant été observées pendant un temps plus court que dans notre cas, nous n'avons pas de renseignements sur la stabilité, c'est-à-dire sur la progression de la maladie.

Dans la bibliographie soviétique, les questions des lésions du schéma du corps ont été étudiées maintes fois. Citons les travaux de M. Gourévitch, Schmarian, Kraitz. Ce dernier auteur (2), dans un ouvrage intéressant, rapporte une série d'observations curieu-

(1) BETZENDAHL. — Sprachliche Produktion u. Körperschema bei involutiven Geistesstörungen. *Monatsschr. f. Psych.*, Bd. 91, H. 4.

(2) S. V. KRAITZ. — Troubles psychosensoriels dans la schizophrénie. *Neuropath. psych. et hygiène ment.*, t. 5, n° 4, 1936 (en russe).

ses dont quelques-unes se rapprochent de nos cas, d'après le tableau des troubles psychiques. Rattachant ces observations à la schizophrénie, l'auteur en fait une belle caractéristique clinique qui ressemble beaucoup à celle que nous avons réussi à déterminer chez nos malades et qui parle résolument en faveur d'affections organiques plus grossières de l'encéphale.

Kraitz parle de désordres psychosensoriels du côté du schéma du corps, d'angoisse profonde avec irritabilité, d'accès, états délirants, absence de désintégration schizophrénique, absence également de tendance à la formation de structures paranoïdes stables. De plus, il note que les malades « se trouvent invalidés et diminués dans leur aptitude au travail en raison de phénomènes non spécifiques au processus schizophrénique, le type de dégradation est caractérisé par de nombreux phénomènes proches de l'affection organique et de l'épilepsie ». De cette façon, déjà, d'après le tableau psychotique, l'auteur lui-même détermine objectivement que ces cas ressemblent beaucoup aux cas organiques.

S'il n'avait pas pensé que certains dires des malades obligent à diagnostiquer la schizophrénie, il aurait certainement trouvé des symptômes neurologiques, ainsi qu'on pouvait les déterminer dans nos cas. Habituellement, ces derniers convainquent davantage de la nature grossièrement organique de l'affection, quoique à notre avis les symptômes rapportés par l'auteur parlent éloquemment en sa faveur. Le cas de M. Gourévitch (1), où le diagnostic oscillait entre la schizophrénie et la syphilis du cerveau et où Robinson (2) a trouvé toute une série d'altérations nettement exprimées anatomiquement dans les méninges, les vaisseaux et la substance grise et blanche du cerveau, est également très instructif.

Les intéressantes observations de Schmarian (3) représentent des cas de lésions prononcées de l'encéphale, mais toutefois avec une généralisation moindre des états psychotiques que dans les cas de Gourévitch, Kraitz et même des nôtres.

Nos cas aussi avec leur état neurologique défini apparaissent incontestables au point de vue de leur genèse organique. Il faut dire que, dans le cas mentionné en passant d'affection organi-

(1) M. GOUREWITSCH. — Ueber das interparietale Syndrom. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.*, 1932.

(2) J. A. ROBINSON. — *Du nouveau dans l'étude de l'apraxie, de l'agnosie et de l'aphasie*. Medghiz, 1934 (en russe).

(3) A. S. SCHMARIAN. — *Neuropathologie, psychiatrie et hyg. ment. soviétique*, t. III, op. 6 (en russe).

que (probablement une méningite séreuse) avec syndrome de Gerstmann et amélioration subite des phénomènes, nous avons observé les mêmes troubles de la sensibilité que dans les cas cités plus haut.

Dans nos observations, il faut supposer que le traumatisme était le facteur étiologique dans le premier cas, la maladie infectieuse et le traumatisme dans le second cas.

Vu l'actualité de la question ainsi que l'existence de toutes sortes de discussions à propos des troubles du schéma du corps dans la schizophrénie, nous avons décidé dès maintenant de publier ces cas, en tant que communication préliminaire, quoiqu'ils demandent encore à être étudiés.

Une partie des cas avec lésions du schéma du corps qui, d'après certains auteurs, se rapportent assez souvent à la schizophrénie, doivent être incontestablement rattachées à des processus organiques d'un autre ordre.

Notre problème le plus proche consiste à étudier plus profondément les lésions de la sensibilité dans ces cas, le diagnostic topographique des altérations présentes, le cours du processus morbide et le lien pathogénique (détermination de la subordination ou de la coordination) entre les phénomènes neurologiques et psychotiques. L'existence d'un lien entre les symptômes neurologiques et psychopathologiques des cas décrits nous paraît incontestable.

PHÉNOMÈNES AUTOSCOPIQUES AU COURS DE LA GRIPPE

PAR

PAUL SIVADON

Les manifestations nerveuses au cours de la grippe saisonnière ne sont pas rares. On peut même dire qu'elles font partie du tableau clinique de certaines épidémies.

Les convulsions, particulièrement chez les enfants spasmodiques, la confusion mentale avec délire onirique, surtout chez les insuffisants hépatiques, se rencontrent avec une certaine fréquence.

Citons aussi, parmi les troubles psychiques, l'anxiété, les phobies, les troubles de l'identification des objets et des personnes (sentiment de jamais vu, de déjà vu, illusion de sosies, etc...). Ces phénomènes sont habituellement transitoires.

Mais il est un symptôme dont nous n'avons pas retrouvé la mention dans la littérature que nous avons pu consulter : nous voulons parler des phénomènes autoscopiques. On désigne sous ce nom une variété d'hallucinations visuelles dans lesquelles le sujet se voit lui-même se mouvoir, devant lui ou à côté de lui. Parfois, l'image hallucinatoire se comporte comme si le sujet se reflétait dans un miroir. Il s'agit alors d'hallucinations spéculaires.

Ce phénomène doit être distingué de « l'illusion du sosie de soi-même », telle qu'elle a été décrite par Capgras et ses élèves (J. Vié, Mlle Derombies, etc.). Dans ce cas, « le malade *ne se voit pas* dédoublé, mais *il suppose* l'existence d'un second lui-même, ayant un aspect physique absolument semblable, tel que tout le monde s'y trompe, mais bien différent moralement » (1).

(1) M. DEROMBIES. — L'illusion de sosie. *Thèse Paris*, 1935, p. 41.

L'hallucination autoscopique est un symptôme très rare. Nous ne l'avons, personnellement, rencontré que trois fois. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une psychose puerpérale avec confusion onirique. La malade se voyait elle-même « dansant en ange » et jouissait de la gracieuse vision de son propre sosie (1).

Les deux autres cas, que nous allons rapporter, correspondent à des infections grippales d'inégale importance. Notre premier malade, en effet, présenta une psycho-encéphalite suffisamment grave pour nécessiter l'internement. L'autre ne fut atteint que d'une grippe banale, à forme rhino-pharyngée et pulmonaire, de brève durée.

OBSERVATION I. — B... Fernand, 35 ans, garçon de restaurant. Aucun antécédent notable. Le 12 février 1936, pendant une légère épidémie de grippe, il ressent des céphalées occipitales violentes, accompagnées de rachialgie et d'une lassitude intense. Le lendemain matin, vers quatre heures, il est pris de vomissements abondants, survenant sans effort. Il est secoué de frissons et de tremblements. Le thermomètre indique 40°5. Un médecin, appelé, diagnostique une grippe sévère et ordonne quelques médications toniques et anti-infectieuses banales. Pendant cinq jours, la température se maintient entre 40° et 40°5. La courbature est intense. La lucidité est intacte.

Brusquement, le sixième jour, la température tombe à 37°5. En même temps, apparaît un délire onirique avec confusion mentale, d'abord peu marquée, puis de plus en plus profonde. Les images oniriques se succèdent et varient constamment. Les personnes qui l'entourent y participent sous forme d'illusions : il est en enfer. Son médecin est Belzebuth. Sa concierge est le Démon. C'est à ce moment qu'apparaissent, pour la première fois, les hallucinations autoscopiques. Il les décrit lui-même : « Mon corps glacé et froid repose sur mon lit. Mon cœur a cessé de battre et mon esprit est parti dans le mystère de l'au-delà. » Il ressent un véritable dédoublement de son être. Bientôt, il se voit lui-même dans sa propre chambre, allant et venant avec des gestes naturels. Il est devenu « *deux hommes : un qui se promène et l'autre qui est aplati dans son lit et qui le regarde* ». Il se reconnaît parfaitement et n'est pas autrement étonné de se voir ainsi devant lui.

Bientôt, la confusion mentale s'aggrave et le délire devient incohérent. Il s'accompagne d'une agitation désordonnée qui nécessite l'hospitalisation à Henri-Rousselle, le 21 février. Il est mis dans une chambre d'isolement. Là, tandis qu'on le camisole, il est en proie à de nouvelles hallucinations autoscopiques à caractère spéculaire. Quelques

(1) Cette observation a été rapportée à un autre point de vue dans : Paul SIVADON, « Les Psychoses Puerpérales », Le François, 1933 (obs. LXXV).

jours après, pendant une accalmie de son délire, il les notait lui-même ainsi sur un cahier : « Un jour, ou peut-être le seul jour que j'aie passé au cabanon, je vis, en face de moi, un homme jeune, et pourtant sans forces, se dresser péniblement. On lui fit passer des vêtements qu'il endossa avec des gestes gourds, comme une personne endormie à moitié. Et peu à peu, je me reconnaissais dans cette silhouette, je reconnaissais mes cheveux et mon visage. »

Un autre jour, il assiste dans son délire à son propre enterrement.

Cet état se prolongeant, il est interné, le 26 février, à Ste-Anne. Le syndrome confusionnel persiste durant quelques semaines puis s'évanouit progressivement. A ce moment, le malade garde encore un souvenir assez précis de ses expériences oniriques et il en fait, par écrit, un récit détaillé qu'il intitule : « *Impressions et souvenirs d'un fiévreux qui sombra dans une folie passagère. Relation d'un mauvais rêve.* »

Il sort, complètement guéri, le 3 avril 1936. Sa guérison s'est depuis lors parfaitement maintenue. A noter qu'un examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué le 22 février, s'est montré entièrement négatif, tant au point de vue chimique et humoral que cyto-bactériologique.

OBSERVATION II. — L..., 55 ans, médecin, présente en mars 1928 une rhino-pharyngite grippale banale accompagnée de céphalée et de courbature. Malgré une température de 39° environ, il se rend comme à l'habitude, le matin, à son service d'hôpital. Dans la rue, il ressent une impression d'étrangeté. Les bruits sont ouatés, les formes des objets sont inhabituelles. Il a le sentiment qu'il ne peut marcher en suivant une ligne droite. Pour s'y obliger, il s'astreint à suivre le rebord du trottoir. A ce moment, il voit à sa droite, immédiatement à côté de lui, son propre sosie qui marche dans la rigole. Il se reconnaît distinctement. Bien qu'il se rende parfaitement compte qu'il s'agit d'un phénomène hallucinosique, il se surprend à faire attention de ne pas bousculer son second soi-même.

L'image autoscopique se maintient ainsi pendant plusieurs minutes, s'éclipsant de temps à autre. Arrivé à l'hôpital, elle disparaît définitivement.

Deux jours de repos et de traitement suffisent à réduire cette banale infection grippale qui ne s'est accompagnée d'aucun autre phénomène onirique ou confusionnel.

Ainsi que nous l'indiquions plus haut, les cas d'autoscopie sont rares dans la littérature. Aristote raconte, à propos d'Antiphéron d'Orée, qu'« il lui semblait toujours voir sa propre image qui le précédait et qui le regardait en sens contraire de lui ». Souques (1), à qui nous empruntons cette citation, pense

(1) SOUQUES. — *Etapas de la Neurologie dans l'Antiquité grecque*, p. 114.

qu' « il s'agit là d'hallucinations autoscopiques ou spéculaires dont, pour citer deux exemples célèbres, Goethe et Alfred de Musset furent les jouets. (Pour notre part, nous hésitons à croire que la description de « l'étranger vêtu de noir qui lui ressemblait comme un frère » corresponde à la relation d'une hallucination autoscopique).

Beaussart (1) rapporte le cas d'un délirant ayant la faculté de projeter à volonté devant lui des images pseudo-hallucinatoires. « Il a, un jour, été amené à se représenter lui-même à ses propres yeux. Il se fait devant lui, aussi distinctement, dit-il, que s'il se voyait dans une glace ; il se voit aussi sur le côté, derrière lui, au loin... » « En même temps qu'il se voit, il peut entendre son sosie lui causer, mais il sait à l'avance ce qu'il va dire, car la voix part de son propre creux de l'estomac. »

Il cite, à ce propos, un cas analogue rapporté par Perrens (2) dans lequel le malade, halluciné et délirant, était « capable de provoquer l'apparition d'êtres réels ou imaginaires et d'extérioriser, de projeter à distance sa propre image ».

L. Van Bogaert (3) cite une observation de Engerth et Hoff (4) dont le malade « voit en hallucination, dans son champ hémianopsique, sa propre image, au moment de son ictus, et ne la reconnaît pas ». Une de ses propres patientes « voir venir vers elle une malade qui lui ressemble comme une sœur, et ne la reconnaît pas non plus ». « Nous croirions volontiers, dit Van Bogaert, que le double n'est ici que la projection du modèle postural — illusion étrange, tenace, parfois chargée de douleurs, rappelant en cela les membres fantômes — et que cette projection aboutit, à sa limite, à créer une personnalité indépendante du moi. » Et plus loin : « Le modèle postural, projeté en dehors, peut perdre tout contact avec le moi dont il est né, être perçu sous forme d'une image visuelle hallucinosique. »

Il n'est pas dans notre intention de tenter une explication pathogénique de cette si curieuse manifestation morbide. Nous renvoyons, à ce point de vue, le lecteur aux publications que

(1) BEAUSSART. — Délire systématisé de persécution. Interprétations. Hallucinations auditives, visuelles, psycho-motrices. Pseudo-hallucinations. Phénomènes autoscopiques. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, novembre 1911, p. 278.

(2) Encéphale, février 1911.

(3) VAN BOGAERT. — Sur la pathologie de l'image de soi. *Annales Médico-Psychologiques*, 1934, 2^e semestre, p. 755.

(4) ENGERTH et HOFF. — *Monatschr. f. Psych. u. Neurol.*

nous avons pu retrouver à ce sujet (1), et particulièrement aux très intéressants travaux de Sollier (2). Ce dernier insistait avec raison sur l'importance des troubles cénesthésiques dans la production des phénomènes d'autoscopie. Des travaux plus récents ont mis en vedette la féconde notion du « schéma corporel » (Schilder), encore appelé « schéma postural » par Head et « image de soi » par Van Bogaert, Lhermitte, etc. (3). Peut-être les hypothèses tendant à expliquer les phénomènes autoscopiques à la lumière de ces conceptions se vérifieront-elles à la confrontation des faits.

Citons, en particulier, l'explication particulièrement séduisante récemment proposée par Menninger-Lerchenthal :

« Du point de vue neurologique, l'autoscopie apparaît comme un trouble, au sens d'une dysfonction, du schéma postural. Elle est observée parfois dans les lésions de la région pariéto-temporale, qui n'est autre que la localisation corticale de cette fonction. Il s'agit presque toujours de lésions de l'hémisphère droit, mais cela n'autorise nullement à admettre une localisation corticale unilatérale du schéma postural. Celui-ci a des centres sur les deux hémisphères, mais leur signification n'est pas identique, les centres gauches présidant aux éléments supérieurs, optiques, kinesthésiques, tactiles ; les centres droits aux éléments inférieurs, somatiques. Ainsi, le phénomène autoscopique des lésions en foyer se présente comme un trouble par dissociation interhémisphérique ; la lésion de l'hémisphère droit abolit la notion de la présence du corps et son intégration dans le moi, et elle libère les éléments optiques et kinesthésiques du schéma, qui sont rejetés en dehors du moi. »

(1) Voir, en plus des auteurs déjà cités :

BAHIA. — La resensibilisation dans l'hystérie. Phénomènes d'autoscopie. *Gazette Médicale de Paris*, 19-VII-11.

LANNOIS. — A propos des phénomènes d'autoscopie. Un cas de vision par la peau. *Lyon Médical*, 17-VII-1904.

LEMAITRE. — Un accident mortel imputable à l'autoscopie. *Arch. de Psych.*, Genève, 1904-1905, IV, 84-86.

PETRIZI. — Le point de mire de l'attention autoscopique et la localisation de son expression motrice. *Arch. Ital. de Biol.*, p. 205, 30-VII-1912.

VLADYTCO. — Phénomènes d'autoscopie. *Revue russe de Psych., de Neurologie et de Psych. expérimentale*, janv. 1914.

— Vision de son propre sosie (autoscopie). *Revue russe de Psych., de Neur. et de Psychol. expérimentale*, janvier 1914.

(2) P. SOLLIER. — *Les phénomènes d'autoscopie*. 1 vol., Alcan, 1903.

— Quelques cas d'autoscopie. Société de Psych., 10 janvier 1908. *Journal de psychologie normale et pathologique*, p. 160, mars-avril 1905.

— Autoscopie interne vérifiée expérimentalement. Société de Psychologie, 1^{er} mai 1908. *Journal de psychologie normale et pathologique*, p. 334, juillet-août 1908.

(3) Voir TCHEHRAZI. — *Image de soi*. Thèse Paris, 1936, Le François.

« La région pariéto-temporale est également l'aboutissant cortical du système vestibulaire qui joue un rôle capital dans la fonction schématique. Grâce à ses connexions nombreuses avec les sphères psychiques, optiques, organo-végétatives, etc..., il reçoit une foule d'excitations qu'il transmet au schéma postural. De même, les perturbations ayant leur source dans tous ces domaines peuvent provoquer des troubles dissociatifs de l'activité vestibulaire et retentir, par l'intermédiaire de ces troubles, sur le schéma postural. L'autoscopie, lorsqu'elle se produit en dehors de toute lésion en foyer, doit donc être expliquée par une discordance du fonctionnement des deux hémisphères, sous l'effet d'une discordance du fonctionnement vestibulaire. Cliniquement, cette manière de voir est corroborée par l'association si fréquente, avec l'autoscopie et les troubles apparentés, de symptômes vestibulaires caractéristiques : vertiges et sensations de rotation, par exemple (1). »

Pour notre part, nous avons voulu nous borner à signaler deux cas d'un phénomène pathologique rare, tous deux provoqués par une infection grippale. Les phénomènes autoscopiques ne se rencontrent habituellement que dans des états psychopathiques correspondant à une désagrégation psychique assez profonde (états schizophréniques ou états confusionnels, comme dans notre première observation). Il est intéressant de noter qu'ils peuvent se rencontrer aussi à un « niveau de dissolution » (2), beaucoup plus proche de la normale, ainsi que dans notre deuxième observation, où ils ne s'accompagnent d'aucune autre manifestation psychique morbide.

(1) BAUER. — Analyse in *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1936, page 293, de Menninger-Lerchenthal : « Le fantôme du propre corps (autoscopies, sosies) », 74^e supplément de la *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1935.

(2) Pour employer la terminologie de Jackson, récemment appliquée à la psychiatrie, par Ey et ROUART (*Encéphale*, mai-juin-juillet 1936).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 Juillet 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

PRÉSENTATIONS

De l'importance des visites à domicile dans les cas
de psychopathies familiales, par MM. R. DUPOUY et G. DAUMÉZON

Il nous a paru utile de vous rapporter l'histoire d'une famille de psychopathes en insistant sur les problèmes d'assistance et de protection sociales qu'elle posait et sur la nécessité, pour les résoudre, d'un contact étroit, d'un examen direct que seule la visite à domicile peut réaliser.

La famille Bi... se compose de six personnes :

Le père, 86 ans, ancien ouvrier dans une entreprise de la Villette ;
La mère, 78 ans, qui autrefois fit des ménages ;
Deux filles : Germaine, 37 ans ; Jeanne, 50 ans, deux fois internée ;
Un fils, Albert, 47 ans, employé d'octroi ;
Une autre fille, de 51 ans, est internée à Maison-Blanche depuis 1927 avec le diagnostic de : démence précoce simple.

Les Bi... sont de ces habitants de la Villette attachés à leur quartier comme des villageois à leur village. Jamais ni le père ni la mère,

depuis leur lointaine arrivée à Paris, venant de province, n'ont quitté le quartier. Depuis 35 ans, la famille occupe une de ces anciennes « villas » qu'on retrouve encore dans les arrondissements de la périphérie. C'est une très vieille maison aux murs lépreux, non loin du canal, perdue au fond d'une cour.

Depuis une quinzaine d'années, Albert, seul, pourvoit à la subsistance de la famille. Jeanne a été deux fois internée, une première fois en 1920, par voie d'office, la seconde fois en 1935, sur l'initiative de la famille. Sa cadette, Germaine, persuadée de son intégrité mentale, a requis sa sortie trois mois plus tard.

Telles sont les données essentielles sur la famille. Mais, depuis quelque temps, les voisins se plaignent du tapage, consistant en bruits de disputes, provenant de la maison des Bi... En mars, au cours d'une scène particulièrement violente, Albert brutalisait Jeanne, et celle-ci, au milieu des injures, aurait appelé au secours. Ces plaintes ont provoqué une enquête du commissaire de police. Après avoir entendu la famille et les voisins, ce fonctionnaire demandait une visite par un médecin du Service de Prophylaxie mentale.

Nous rendîmes à la famille deux visites successives.

Devant la porte de la maison, dans le petit jardinet à l'abandon, une femme est assise sur une chaise, on l'appelle, elle rentre précipitamment dans la maison en criant : « Maman ! maman ! » C'est alors une très vieille femme, affable, proprement vêtue, qui nous accueille. Mme Bi... comprend fort bien le motif de notre visite ; elle consent à nous montrer séparément, puis ensemble, son mari et ses enfants ; tout en nous accompagnant, elle essaie de minimiser les faits, de ramener les discussions à de petites querelles familiales sans importance. Elle cite des dates, des témoins avec facilité et nous la verrons capable d'organiser convenablement notre entretien avec chacun de ses enfants comme avec le mari.

M. Bi... est assis dans la cuisine, un bonnet de nuit enfoncé sur la tête. Malgré les explications de sa femme, il comprend mal le motif de notre présence ; d'abord doux et débonnaire, souriant et bienveillant, il évoque pêle-mêle les souvenirs de son arrivée à la Villette et son temps de « congé ». Sa femme parvient cependant à lui faire entendre le nom de Jeanne et cette simple évocation change toute la présentation du vieillard, subitement pris d'un accès de colère sénile durant lequel il proclame que son fils a eu raison de gifler sa fille qui « gueule tout le temps des malhonnêtetés ». Et il ajoute quelques menaces pour son compte personnel, menaces que la sénilité rend peu redoutables.

En nous conduisant dans la pièce voisine, Mme Bi... nous expose son angoisse : sans ressources autres qu'un maigre secours d'assistance aux vieillards, elle craint d'être réduite à l'hospice si l'aide de son fils Albert vient à manquer.

Cependant, elle se plaint de la brutalité de ce fils qui souvent boit

et prétend en vain imposer silence à sa sœur. Nous causerons un long moment avec lui. Ses propos sont ceux du débile ; on note quelques symptômes d'imprégnation ; protestant de son dévouement filial, qu'on ne peut certes mettre en doute, il revendique pour ses parents le droit d'être enfin tranquilles. Mais il est incapable de donner des précisions intéressantes sur la maladie de sa sœur, tant il s'empêtre dans des témoignages éventuels de bonne foi, dans des essais infructueux de prise à témoin de tout le voisinage ; il devient interminable pour détailler les querelles que, tout enfant, il a eu avec Jeanne de 3 ans plus âgée que lui. « A cette époque c'était toujours elle qui avait raison et mon père me battait chaque fois, mais maintenant ce n'est plus pareil, et, si elle crie, elle a à faire à moi ; je veux que mes vieux soient tranquilles ! » Sur ces mots, nous quittons la pièce, Albert, bougonnant, s'est replongé dans son journal après s'être versé un verre de vin, mais il ne lit pas et il continue, en regardant par la fenêtre, à ressasser à mi-voix ses griefs contre sa sœur.

De toute la famille, c'est Jeanne la plus réticente. A notre arrivée elle s'est réfugiée dans un petit hangar, c'est là que nous allons la chercher ; elle vient à nous, souriante, demandant « si nous avons vraiment de bonnes intentions, mais on ne tire que peu de chose d'elle. Son langage est plein d'allusions souvent elliptiques ; quant aux violences, elle les nie : « C'est inutile », « il ne s'est rien passé. » On lui parle des voisins : « Je refuse de répondre, souvent ce sont les victimes qui sont attaquées au lieu que ce soient les auteurs. Encore une fois, Monsieur, venez-vous pour le bien ou pour le mal ? »

C'est seulement lors d'une seconde visite que nous avons pu rencontrer Germaine ; lors de notre première intervention, elle était partie dans le quartier, veiller un mort. En effet, cette fille, qui ne travaille plus depuis un an et demi, conserve une activité qu'elle tourne vers des œuvres de la paroisse. Quand elle entre dans la pièce, amenée par sa mère, ses premiers mots sont : « Moi je suis franche ! Ma sœur n'a jamais été folle, elle est un peu fatiguée, il faut la soigner, mais je ne veux pas qu'on l'enferme ! » Avec une véhémence contenue, elle accuse son frère d'être cause de tout le mal. On sent fort bien qu'elle veut prendre ici un rôle de redresseur de torts et que de vieilles antinomies familiales sont venues diriger ces réactions.

Mme Bi... voulait réunir ses enfants pour nous montrer que la mésentente si souvent invoquée était plus apparente que réelle. La mine contrainte et digne de Germaine, la passivité de l'arrivée de Jeanne poussée par sa mère, autant d'éléments intéressants. Albert vint, toujours bougonnant ; il s'assit et se mit à lire le journal : « Ces femmes-là m'énervent ! », dit-il, tandis que le père, repris de colère, accusait Jeanne d'être malhonnête avec son frère. Germaine nous faisait remarquer combien sa sœur paraissait inoffensive dans cet ensemble. Mais, en sortant, elle avoue que Jeanne croit entendre, la

nuît, des insultes venues du voisinage, elle interpelle alors les passants, ou, barricadée dans sa chambre, crie des injures aux persécuteurs.

La solution était dès lors toute tracée : le placement d'office de Jeanne devait faire cesser le motif de discorde de la famille. Pour éviter des heurts éventuels nous avons vivement conseillé à Germaine de prendre une situation plus indépendante et de quitter le domicile familial. Grâce à l'appui matériel d'Albert, les deux vieillards pourront sans doute éviter l'hospice.

Nous avons rapporté cette observation, en insistant sur les procédés d'examen, car elle nous paraît montrer l'importance de la visite médicale au domicile dans la solution des problèmes posés par les familles de psychopathes. Il eût été possible de convoquer Jeanne à Henri-Rousselle où on aurait, sans grand mal, diagnostiqué une démence précoce paranoïde en évolution depuis de longues années. Il est cependant permis de supposer que Germaine, flairant l'internement, aurait empêché l'examen, persuadant facilement une malade méfiante et réticente que sa venue à l'hôpital était un piège préparé pour l'interner. En mettant les choses au mieux, nous aurions peut-être pu obtenir la visite de la famille entière, sauf cependant le père. On peut facilement prévoir quelle eût été l'atmosphère de cette consultation : toute la famille endimanchée, dûment chapitrée par la mère, opposant une réticence maussade aux questions. Au lieu de cela, la visite *impromptue* nous permet de nous rendre un compte exact de l'atmosphère familiale. Pour prendre une décision, nous possédons tous les éléments utiles jusqu'à l'état des lieux, mais surtout les modes de réactions mutuelles, spontanées et réciproques, des divers membres du groupe évoluant dans leur milieu.

Schématiquement : une consultation ne donne guère de renseignements que sur les individus isolés ; elle suppose toute une psychologie spéciale : celle du client en face du médecin, mentalité qui comprend un mélange de réticence et de confiance, et toujours nécessitant une attitude, un certain respect humain. La visite *inopinée* au domicile est beaucoup plus féconde, elle permet de saisir une infinité de détails tant dans l'état des lieux, leur disposition, l'ameublement, que dans l'atmosphère familiale propre. Cette fois, la situation est toute nouvelle pour chaque membre du groupe, certains s'adapteront à merveille, comme la mère de famille de notre observation, d'autres ne parviendront pas à « réaliser » exactement l'attitude à prendre. Dans le désar-

roi de la surprise, on notera facilement les réactions de chacun, la part de chaque acteur dans la vie générale du groupe. Enfin, et surtout, enfermés dans leurs habitudes, les sujets vont présenter au visiteur le type habituel de leurs réactions réciproques.

Nous avons vu l'importance que ces divers éléments prenaient dans la solution d'un cas difficile. Le problème est identique en présence de ces folies à plusieurs où des mesures d'assistance appropriées sont à même de restreindre au minimum les dégâts sociaux.

L'un de nous (1) a insisté sur la nécessité de la visite au domicile de l'aliéné refusant de se soumettre à l'examen médical. Nous signalons aujourd'hui une autre indication non moins importante : les problèmes posés par les groupes familiaux de psychopathes ; pour donner tous les renseignements qu'on peut en attendre, cette visite devra être inopinée.

M. René CHARPENTIER. — Les conditions réalisées ici ne sont autres que les conditions habituelles de la clientèle de ville.

Hyperostose frontale interne : démence, lipomatose symétrique, troubles infundibulaires, par MM. Xavier ABÉLY et Jacques DELMOND.

Notre attention a été attirée sur le sujet de la *lipomatose symétrique* par la communication récente de MM. Courbon et Stora (2). Leur malade présentait le tableau décrit par Launois et Bensaude (3), auquel s'ajoutaient une insuffisance thyro-testiculaire et un état démentiel.

Il nous a été donné d'observer un nouveau cas de cette affection, mais ici la lipomatose paraît s'inscrire dans un ensemble plus vaste de symptômes, qui pourrait recevoir une explication univoque. Les constatations radiologiques et cliniques nous permettent en effet de porter le diagnostic d'*hyperostose frontale interne* (*syndrome de Stewart-Morel*).

OBSERVATION. — J. R..., homme de 51 ans, français, né en 1885 à Perreux (Loire), entre le 3 mai 1937 à l'Admission de l'Asile Clinique

(1) DUPOUY (R.). — Les aliénés en liberté. *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1935.

(2) COURBON (Paul) et STORA (Roger). — Adénolipomatose diffuse, insuffisance polyglandulaire et démence. *Soc. Méd.-Psych.*, séance du 11 mars 1937.

(3) LAUNOIS (P.-E.) et BENSAUDE (R.). — L'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. *N. Icon. de la Salpêtr.*, 13 : 41, 184, 243, 1900.

avec le diagnostic de Paralyse générale, qui fut adopté tout d'abord. Il présentait, en effet, de nombreux éléments du syndrome paralytique, comme le montre le certificat suivant du Dr Heuyer :

« Affaiblissement psychique. Amnésie. Désorientation. Inconscience de l'état morbide. Lenteur de l'idéation. Réponses imprécises. Explications incohérentes. Troubles de l'humeur. Dépression. Tristesse. Pleurnicheries.

« Vient de l'asile de Nanterre. Tentatives de défenestration et de pendaison. Dysarthrie. Tremblement digital et lingual. Pouls 100. Syphilis en 1906, soignée par pilules et frictions. Paralyse générale. Appoint alcoolique.

« Adéno-lipomatose symétrique (maladie de Launois-Bensaude). Fracture probable de l'extrémité inférieure du radius gauche. »

R... a bien contracté la syphilis, il y a 31 ans et ne fit à cette époque qu'un traitement insignifiant. Cependant, la sérologie a toujours été négative. Il est marié, sa femme eut deux fausses-couches, puis quatre enfants, trois filles et un garçon, qui seraient tous bien portants. Sa femme l'aurait quitté en 1931 après 20 ans de mariage. Il a fait la guerre, y aurait été commotionné et aurait eu une pleurésie. La lipomatose actuelle est apparue progressivement depuis six ou sept ans seulement.

Il n'était pas débile originellement et était bon ouvrier mécanicien.

Examen physique. — Les lipomes sont disposés symétriquement et au niveau de la racine des membres, sans interposition de ganglions lymphatiques. Ils sont de consistance molle, de la même couleur que les autres régions cutanées, se continuent insensiblement avec les tissus avoisinants et ne donnent pas la sensation de masses isolées facilement énucléables. Ils siègent :

— au niveau des deux creux sus-claviculaires (le gauche étant plus volumineux) ;

— à la nuque de part et d'autre (celui de droite est plus gros) ; le malade est engoncé dans ces lipomes cervicaux ;

— deux petits lipomes à la base du plastron costal ;

— un groupe symétrique latéro-pubien, inguinal, et à la face interne des cuisses, partie supérieure.

R... présente des alternatives de turbulence avec anxiété et de passivité semi-stuporeuse. C'est un individu de taille moyenne, les avant-bras et les jambes apparaissent plus maigres que les autres parties du corps, les muscles sont hypotoniques et mous. Pas d'élément myotonique, décontraction possible. Le malade dit avoir été paralysé du côté gauche, mais la force musculaire est inférieure à la normale des deux côtés. On note l'amaigrissement du massif facial inférieur avec chute des traits, parésie faciale gauche avec hémiatrophie.

La dysarthrie est très marquée et encore plus accentuée aux mots d'épreuve.

Les réflexes achilléens sont vifs, ainsi que les rotuliens, ceux-ci plus vifs à droite, le stylo-radial droit normal (entorse du poignet à gauche). Réflexes cutanés abdominaux inférieurs faibles, supérieurs présents. Babinski : flexion bilatérale. Oppenheim : extension à droite. Rossolimo négatif.

Les pupilles nous sont apparues en mydriase, inégales et déformées, réagissant à la lumière quoique sur une amplitude diminuée, mais ne tenant pas la contraction sous le faisceau lumineux, fait qui nous a été confirmé par le D^r Lagarde. Lors de son examen, les pupilles étaient égales, la convergence, le réflexe consensuel normaux, le fond d'œil absolument normal, l'acuité visuelle à 10 % des deux côtés. Absence de nystagmus. La motricité extrinsèque était normale ainsi que le *champ visuel*, — celui-ci difficile toutefois à examiner en raison des troubles de l'attention du malade.

Les réactions humores se sont montrées négatives, du point de vue de la paralysie générale, chez ce spécifique ancien non traité :

Sang (5 mai 1937) : réaction de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn négatives.

Ponction lombaire le même jour (passage facile, pas de blessure de vaisseaux).

Liquide céphalo-rachidien : légèrement jaunâtre. Albumine : 0 gr. 40 (procédé de Sicard) ; Pandy : \pm , Weichbrodt : 0. Leucocytes : 3. Présence de globules rouges. Benjoin : 00000.22222.20000. Réaction de Meinicke négative. Bordet-Wassermann négatif.

Deuxième examen le 11 mai 1937 (résultats dus à l'obligeance de M. le D^r Guiraud et de M. Herpe) :

Tension : 15, puis rapidement 10 et 5 ; menaces de syncope. Albumine : 0,90. Pandy : négatif. Lymphocytes : 3 (nombreuses hématies). Réaction de Meinicke : négative. Benjoin : 00000.22222.10000. Takata-Ara : négatif.

Cependant, quoique la paralysie générale fût désormais bien improbable, on se trouvait, au point de vue mental, en présence d'un *état démentiel* qui faisait l'objet du certificat suivant au bout de quinze jours : « Affaiblissement psychique, troubles de l'attention, bradypsychie, amnésie de fixation, désorientation, turbulence, aspect de confusion chronique, vagues idées mélancoliques et de persécution, tentatives de suicide, dysarthrie très marquée, etc... ». A cette époque, le malade se croyait à l'Asile depuis 43 jours, on lui disait le nom de la maison, il l'avait oublié cinq minutes après ; il effectuait correctement des calculs, mais était très vite fatigué. Sa pensée devenait alors très impré-

cise, avec des persévérations verbales : « Ici, on me soigne bien... mais c'est la suite ; je sais bien ce qui m'attend. Je vais mourir ; on finit ses jours ; je suis au dernier jour ; on se traîne ; on est au dernier jour... » Le récit prenait une tournure onirique : « Je rêve que j'ai suivi un colis dans une gare. On me donne une petite bouteille anisée. Il rentre un homme à six heures. A sept, sept et demi, huit et demi, il s'est mis à tousser comme jamais homme n'a toussé. Voilà pourquoi je suis ici... ».

Avec cette fatigabilité, il montrait surtout des troubles de l'attention. Par exemple, il compte laborieusement 4 fr. 70 et se trompe, puis déclare : « 4 fr. 20 et un jeton » (presque exact), puis : « 3 fr. 20 », puis ne peut plus compter.

Dans le service, il a manifesté constamment des *crises d'anxiété*, à prédominance vespérale et nocturne, avec turbulence, apparaissant brusquement, sans motif et comme sans contenu. Nous fûmes appelé en juin pour un état en imposant pour une crise convulsive, état de mutisme stuporeux avec contracture, théâtralisme, opposition ; cédant à la persuasion, le malade se mit à larmoyer absolument comme un enfant fou de chagrin.

Il présenta, d'autres fois, des accès d'humeur joyeuse sur un fond habituellement sombre et taciturne. Les *troubles du sommeil* sont très marqués, il somnole parfois le jour et, la nuit, parcourt la chambre de long en large ; paraît éprouver, d'après les rapports, des « hallucinations ».

Il a parfois présenté de petits crochets thermiques, sans cause infectieuse.

Après une période d'impuissance, il était devenu *très actif au point de vue sexuel*, se vante de pratiquer trois fois le coït dans l'après-midi avec sa maîtresse.

On a noté encore de la *polyurie*, avec urines claires (quatre litres par 24 h., se lève trois fois la nuit pour uriner), sans glycosurie, polyurie qui serait survenue il y a un an ; un *appétit exagéré* par intervalles (crises d'hyperorexie), avec une *soif* fréquente, et cette polydipsie expliquerait peut-être l'appoint alcoolique relevé à son entrée.

En présence de ces troubles infundibulaires, nous avons été amené à demander à M. le D^r Misset (1), radiologiste de l'Hôpital Henri-Rousselle, un *examen radiologique* de la selle turcique et c'est ainsi que nous fut découvert ce que nous pensons être la cause du syndrome psycho-organique présenté :

(1) Nous remercions M. Misset pour les commentaires qu'il a bien voulu nous fournir.

De profil : La coupe optique de la voûte crânienne est très épaisse, notamment la table interne, ce qui est caractéristique de l'hyperostose frontale interne. Le processus n'est toutefois pas limité à la région frontale et l'occipital encore est épais, quoique l'aspect radiologique ne soit pas celui de la maladie de Paget, même au début. La voûte hyperostosée présente un aspect



Photo Locret.

vaguement rayonné, avec des travées très visibles dans la région frontale, qui ne dépassent pas en arrière l'image de la méningée moyenne. En arrière, dans la région temporo-pariéto-occipitale, existe aussi une nappe opaque floconneuse, à limites imprécises et irrégulières, qui indique encore un processus d'ossification.

La selle turcique est très élargie et surélevée, sans cependant que le fond sellaire soit atteint ; la clinoïde antérieure paraît irrégulière.

De face, la radiographie montre encore un épaissement symétrique avec opacification des parois crâniennes, bande d'épaississement autour des sutures.

Le taux du calcium sanguin est très augmenté : 0 gr., 137 % (sérum) (1).

COMMENTAIRE. — Quoique l'on ne puisse pas absolument écarter ce diagnostic, nous pensons qu'il ne s'agit pas d'une tumeur hypophysaire (notons que l'on a signalé l'existence de rarissimes lipomes du cerveau) et que nous sommes en présence d'un syndrome d'hyperostose frontale interne.

Ferdinand Morel (2) (de Genève), a consacré à ce syndrome une importante monographie où il a repris les travaux de Stewart (3), Greig, Beadles, Naïto, Humphry, etc., sur l'hyperostose des aliénés. Il a bien marqué l'association habituelle avec l'adipose et un état démentiel progressif et chronique. Le diagnostic a cependant rarement pu être porté *in vitam* (un cas sur seize de Morel ; cas de L. van Bogaert avec cécité ; cas de Schiff et Trelles (4), au mémoire desquels nous renvoyons également. Le syndrome est beaucoup plus fréquent chez la femme — Henschen (5) en a donné récemment une étude anatomo-pathologique sous le titre de « *Syndrome de Morgagni* (Hyperostose frontale interne. Virilisme. Adipose). » —.

Dans deux cas de Morel, une méningo-encéphalite chronique est indiquée comme la cause de l'hyperostose. On sait que la théorie pathogénique mécanique de cette affection invoque, comme cause déterminante de l'hyperostose, la traction exercée sur la table interne par la dure-mère adhérente.

Cependant, il nous semble que la syphilis ancienne de notre malade ne joue ici qu'un rôle lointain, peut-être un rôle d'appel, au même titre que le traumatisme impliqué dans le cas de Schiff et Trelles. L'aspect radiologique n'est pas, d'autre part, celui de la syphilis osseuse.

L'alcoolisme peut être envisagé dans l'étiologie, mais il nous semble plutôt être un effet qu'une cause.

On peut penser avec Morel qu'il existe, à la base de ce syndrome, une lésion hypophyso-infundibulaire primitive ayant entraîné un trouble profond dans le métabolisme des graisses et

(1) Laboratoire de la Clinique des maladies mentales, Mlle Y. Bonnard, Chef de Laboratoire.

(2) MOREL (F.). — *L'hyperostose frontale interne*, Paris, Doin, 1930.

(3) STEWART (R. M.). — Localised cranial Hyperostosis in the Insane. *J. of Neur. and Psychopathol.*, 321-331, avril 1928.

(4) SCHIFF (Paul) et TRELLES (J.-O.). — Syndrome de Stewart-Morel d'origine traumatique. *Encéphale*, 26, II : 768-779, déc. 1931.

(5) HENSCHEN (Folke). — *Ann. d'Anat. Pathol.*, 13 : 943-960, nov. 1936.

du calcium. L'hyperostose serait ainsi secondaire à l'altération hypophysaire et celle-ci tiendrait ainsi sous sa dépendance à la fois l'état de démence que nous constatons et les troubles infundibulaires.

Il nous a paru intéressant de relever, dans ce cas, l'existence d'une *lipomatose symétrique*. Le syndrome de Morel s'accompagne en effet constamment d'adipose, mais généralement sous la forme d'une obésité marquée. Morel, cependant, avait déjà noté que, si « par sa disposition, elle rappelle certaines formes de l'adipose de Dercum... », « parfois elle revêt la forme localisée et alors elle est rhizomélique et symétrique ».

Obésité, adipose, lipomatose, constituent d'ailleurs des modalités variées d'un même processus, où il n'y a pas lieu de faire de distinctions essentielles, selon l'opinion de M. André-Thomas.

Nous croyons donc, en conclusion, qu'il est possible de rattacher certains cas de maladie de Launois-Bensaude au syndrome d'hyperostose frontale interne de Morel.

M. MARCHAND. — L'hyperostose frontale, avec tous les caractères constatés chez ce malade, peut être quelquefois congénitale.

M. GUIRAUD. — Il ne faut pas qualifier de xantho-chromique, comme vient de le faire le présentateur, un liquide à teinte rougeâtre et à hyperalbuminose légère qui contient de nombreuses hématies. Cette teinte s'explique par la perforation banale d'un vaisseau.

M. René CHARPENTIER. — Si le liquide céphalo-rachidien était réellement un liquide xantho-chromique, il y aurait lieu, chez ce malade, alcoolique et syphilitique, de discuter le diagnostic de pachyméningite hémorragique.

Récidive de tentative de suicide chez un ancien mélancolique uxoricide par négligence familiale, par MM. P. COURBON et J. CHAPOULAUD.

Le malade que voici vous a déjà été présenté le 10 décembre dernier, 5 mois après son internement motivé par un drame douloureux et soudain. Excellent travailleur, mari modèle et très brave homme, mais buveur d'habitude, il avait, au cours d'un

accès onirique qui éclata sans prodrome, tué sa femme et tenta de se suicider, cela la veille du jour où la récurrence des troubles mentaux de celle-ci, déjà plusieurs fois internée, allait l'obliger à la conduire de nouveau à l'asile.

Son délire n'avait duré que quelques jours. Et lors de sa première présentation, il avait lui-même expliqué, avec une lucidité parfaite, sa triste histoire. M. René Charpentier avait résumé ainsi l'opinion unanime après la discussion qui eut lieu à son sujet. « Bien que l'acte ait été commis sous l'influence de l'alcool, le mécanisme de l'acte est bien celui de l'homicide suicide mélancolique. L'intoxication alcoolique et sa poussée subaiguë en furent cependant la cause déterminante. »

L'internement fut maintenu jusqu'au 4 avril 1937. Pendant tout ce laps de temps, la conduite du sujet avait été exemplaire, tant auprès des malades où nous l'avions employé tout d'abord comme rééducateur, que dans la salle de garde où nous l'avions placé ensuite pour apprécier la capacité de sa résistance aux tentations de boire qui y sont perpétuelles et faciles à satisfaire.

Il ne fut libéré qu'après avis du Médecin-Inspecteur de la Préfecture de Police et promesse faite par le gendre et la fille de veiller constamment sur lui, de l'empêcher de boire et de le ramener immédiatement à l'asile dès la moindre récurrence des troubles mentaux.

Peu après sa libération, il reprit ses fonctions de cantonnier de la Ville de Paris et fut l'objet de la sympathie de tous ses collègues et de toutes les personnes qui l'avaient connu et estimé avant le tragique événement. Chacun attribuant celui-ci à l'alcool, personne n'essaya de lui faire enfreindre le serment de sobriété qu'il avait prononcé et qu'en réalité il n'a jamais transgressé. L'enquête a été très confirmative de ces dires à ce sujet. Son gendre et sa fille, qui sont de très braves gens, eux aussi, prenaient leurs trois repas avec lui, et se réjouissaient de constater sa parfaite tempérance. Ils s'en réjouissaient si bien qu'au lieu de le loger auprès d'eux, comme il avait été convenu, ils le laissèrent habiter momentanément dans l'appartement conjugal où s'était accompli le drame et qui n'est pas loin du leur.

Il n'allait dans cet appartement que pour y coucher, étant toute la journée dehors ou chez ses enfants. Mais la tristesse le gagnait en y rentrant par l'évocation du passé. Cette tristesse, il la cachait à sa fille et à son gendre pour ne pas les effrayer, espérant toujours la dominer. Mais elle allait croissant, surtout les jours de repos où il restait plus longtemps au lit. Peu à peu

elle persista, même lorsqu'il était à son travail. Bientôt il crut comprendre des allusions à son meurtre. Puis il les entendit réellement.

Le matin du 23 juin, se réveillant d'un cauchemar où il voyait ses enfants morts et craignant son propre réinternement, au lieu de se lever, il se coupa la radiale gauche avec un couteau et se porta plusieurs coups assez superficiels dans la région précordiale. Les voisins, venant à l'heure du déjeuner chercher de l'eau, suivant une convention qui avait paru aux enfants constituer une surveillance suffisante, dans sa cuisine, le trouvèrent épuisé baignant dans son sang.

Il se laissa conduire à l'Hôpital Henri-Rousselle d'où le Dr Dupouy le fit transférer dans notre service avec le certificat suivant :

« Est atteint d'un état mélancolique avec hallucinations auditives. Entend dans la rue qu'on l'accuse d'avoir assassiné sa femme (a effectivement tué celle-ci, épileptique, dans un accès mélancolique aggravé par l'alcool). On le traite d'assassin, de faux-frère, on doit le condamner à mort. Cauchemars : batailles dans la rue avec sa fille et son gendre qu'il croit ensuite avoir été tués. Obnubilation post-onirique. Anxiété avec idées de suicide. S'il fait du tort à la collectivité, qu'on le juge, qu'on le condamne à mort s'il le mérite, ou bien il se tuera parce qu'on lui en veut. Tentative par le couteau. Plaies au poignet gauche. Petites plaies multiples de la région précordiale. Déjà interné après uxoricide et tentative de suicide. »

Le lendemain, il avait recouvré sa lucidité et exprimait ses remords. Les visions, à l'heure actuelle, ont disparu. Dès son arrivée ici, il avait cessé de découvrir des allusions vengeresses ou méprisantes à son adresse.

Cette lamentable aventure est intéressante à un double point de vue : celui de l'étiologie et celui de l'assistance sociale.

Au point de vue étiologique, elle montre le rôle secondaire, mais important néanmoins, de l'alcool dans ces deux actes d'un homme qui présente des stigmates d'imprégnation alcoolique, tremblement de la langue et subictère des conjonctives. Ce rôle, nous l'avons déjà affirmé, et tout le monde l'avait admis, pour la tentative de suicide collectif qui n'aboutit qu'à un uxoricide. Il est encore plus évident pour cette seconde tentative de suicide, puisque, depuis un an, aucun excès d'alcool n'a été commis. Les stigmates physiques ne sont d'ailleurs pas plus accentués que lorsque le sujet quitta l'asile.

Est-ce à dire que l'alcool n'ait joué aucun rôle ? Nous ne le croyons pas. Il a rendu le sujet plus fragile, plus facilement intoxicable par les émotions, car ses émonctoires sont moins parfaits. Il a fait de lui un méiopragique du foie toujours en imminence d'intoxication. Ce cas pourrait être invoqué en faveur de l'opinion soutenue à la précédente séance par M. Delmas, sur le rôle de l'intoxication surajoutée, dans la genèse des hallucinations de la mélancolie, puisque le caractère hallucinatoire du délire a été beaucoup moins marqué cette fois où aucun abus d'alcool ne fut commis, qu'il ne l'avait été la première fois, alors que l'ingestion d'alcool était quotidienne. Nous avons à faire ici, avant tout, à un accès de mélancolie affective, déterminée par la violation d'une règle élémentaire d'hygiène mentale : le retour solitaire du malade dans les lieux où sa maladie lui a fait accomplir un crime.

Au point de vue de l'assistance sociale du psychopathe, nous voyons ici l'utilité qu'il y aurait à surveiller les familles, même les plus morales et les mieux intentionnées, qui assument la responsabilité de réadapter le convalescent à la vie en liberté, mais qui manquent de jugement ou même de bon sens.

Le malade introduit raconte son histoire et affirme qu'il ne s'écarta jamais du régime de boisson qu'il s'était imposé. Deux verres de vin par repas. Jamais rien entre les repas. On constate le même tremblement de la langue qu'à sa première comparution devant la société et un léger subictère des conjonctives.

M. Xavier ABÉLY. — A son passage récent à l'admission, le malade avait tout à fait l'aspect d'un délirant alcoolique avec onirisme, anxiété, agitation. Il faut se méfier de la sincérité des alcooliques qui prétendent être abstinents.

M. MARCHAND. — Je ne pense pas que ce sujet, atteint d'alcoolisme chronique, ait présenté un accès mélancolique, et cependant il paraît certain qu'il ne s'est pas livré de nouveau à des excès éthyliques. Le syndrome mental est celui d'un accès onirique qui a disparu très rapidement, comme dans le délire alcoolique subaigu. On peut penser que cet accès onirique a simplement été déterminé par des troubles digestifs et surtout hépatiques. Ce sujet présente encore une langue saburrale. Nous voyons assez souvent, chez nos alcooliques internés et privés d'alcool, des retours de délire onirique sous l'influence de ces états gastro-hépatiques.

M. COURBON. — L'interprétation de M. Marchand est tout à fait vraisemblable. Comme lui, comme M. Dupouy, qui connaît très bien le sujet dont il fit l'examen en qualité de médecin de la Préfecture avant sa sortie de l'asile et qui ne mentionne pas l'alcool dans son certificat de réinternement, je suis sûr que ce pauvre homme est resté sobre. D'ailleurs, l'enquête confirme notre opinion. Mais je pense que les émotions tristes ont été pour quelque chose dans l'auto-intoxication qui a ramené l'onirisme. Il ne s'agit certainement pas d'un accès de psychose maniaque dépressive, mais d'un état accidentel constitué par une dépression avec manifestations du type mélancolique.

La séance est levée à 10 h. 50.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

Séances du Lundi 26 Juillet 1937

PREMIÈRE SEANCE

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Félicitations

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, *président*, présente les félicitations de tous au D^r Georges HEUYER, *membre titulaire*, promu *Officier de la Légion d'Honneur*.

Il félicite également les D^{rs} Eug. MINKOWSKI et VINCHON, *membres titulaires*, récemment lauréats de l'Académie française.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 10 juin 1937 et le procès-verbal de la séance du lundi 28 juin 1937 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Pierre PUECH, neurochirurgien, assistant de l'Hôpital de la Pitié, qui demande à faire partie de la Société, au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, Paul COURBON et Henri BARUK, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 25 octobre prochain.

A cette séance seront également présentés le rapport de M. le D^r BRUSSEAU et le vote sur les candidatures des D^{rs} PIERSON et GARDIEN au titre de *membre correspondant national*.

Election de 21 membres associés étrangers

Sur la proposition de cinq membres du Bureau, et conformément à l'article 3 des statuts, sont nommés, à l'unanimité des membres présents, *membres associés étrangers* de la *Société Médico-psychologique* :

- M. le Professeur Gustav ASCHAFFENBURG, de Cologne ;
- M. le Professeur Stepan BALEY, de Varsovie ;
- M. le Professeur José BELBEY, de Buenos-Aires ;
- M. le Professeur K. H. BOUMAN, d'Amsterdam ;
- M. le Professeur Diogo Guillaume DA SILVA ALVES FURTADO, de Lisbonne ;
- M. le D^r Juan GARAFULIC D., de Santiago-de-Chili ;
- M. le Professeur Ernest KRETSCHMER, de Masburg-sur-Lahn ;
- M. le Professeur Hans W. MAIER, de Zurich ;
- M. le Professeur MARINESCO, de Bucarest ;
- M. le Professeur Adolf MEYER, de Baltimore ;
- M. le D^r Frédéric MEYERS, d'Amsterdam ;
- M. le Professeur Alfonso MILLAN, de Mexico ;
- M. le D^r Henrique de MIRANDA, de Porto ;
- M. le D^r J. H. PAMEYER, de La Haye ;
- M. le D^r Samuel RAMIREZ MORENO de Mexico ;
- M. le D^r John R. REES, de Londres ;
- M. le Professeur Ernst RÜDIN, de Munich ;
- M. le D^r Mario A. SBARBI, de Buenos-Aires ;
- M. le Professeur SOBRAL CID, de Lisbonne ;
- M. le D^r Ernest STUMPER, d'Ettelbrück (Luxembourg) ;
- M. le Professeur WIGERT, de Stockholm.

Allocution de M. René CHARPENTIER, président

MES CHERS COLLÈGUES,

Avant de donner la parole au Professeur Henri Claude, qui a bien voulu assumer la charge d'établir un plan pour la discussion d'une importante et délicate question neuro-psychiatrique, permettez-moi de remercier en votre nom ceux de nos membres correspondants nationaux et associés étrangers, les membres aussi des autres sociétés françaises ou étrangères, qui veulent bien assister à cette réunion.

Votre Bureau de l'an dernier, présidé par notre très distingué collègue Vurpas, fut bien inspiré en décidant de donner une importance particulière à notre réunion réglementaire du quatrième lundi de juillet. En relation avec l'Exposition internationale des Arts et Techniques, de nombreux Congrès, certains disent même un trop grand nombre, ont heureusement réuni à Paris des

collègues auxquels l'éloignement ne permet pas une collaboration régulière aux séances de la Société. Il convenait donc de saisir l'occasion de les recevoir dans cette Société Médico-psychologique qui est la leur, et dont la création, il y a 85 années, eut une telle influence sur les progrès de la neuro-psychiatrie.

Le 10 avril 1845, Morel, au cours d'un voyage d'étude en Belgique, en Hollande et en Allemagne (car les Français n'ont jamais été aussi casaniers qu'on veut bien le dire), Morel écrivait à Ferrus : « Je terminerai cette longue lettre par un vœu que j'ai déjà émis à Paris, et qui, communiqué aux divers médecins étrangers que j'ai connus dans mon voyage, a généralement excité leurs sympathies : c'est de voir se fonder chez nous une Société médicale dont le but serait l'étude de tout ce qui peut intéresser la pathologie et la physiologie du système nerveux, ainsi que l'amélioration des maisons d'aliénés... »

Repris par Baillarger en 1846, ce projet fut aussitôt appuyé par Renaudin et par Aubanel. Le samedi 18 décembre 1847, il y a donc 90 ans de cela, la Société Médico-psychologique arrêtait son règlement et le soumettait à l'approbation du Ministre.

La révolution de février 1848 ne donna pas à celui-ci le temps d'approuver le texte qui lui était soumis. « Les sciences, écriront quatre ans plus tard les fondateurs de notre Société, les sciences ont essentiellement besoin de repos et de stabilité ; l'agitation et les bouleversements sont leurs plus cruels ennemis. »

Le calme revenu, la Société Médico-psychologique put tenir officiellement sa première séance le 25 avril 1852 et désigner son Bureau. Ferrus fut son premier président, Gerdy son vice-président, Dechambre, secrétaire général, Brierre de Boismont, trésorier, et Michéa, archiviste.

Depuis 1843 déjà, réalisant un vœu de Pinel, Baillarger, Cerise et Longet avaient fondé les *Annales Médico-psychologiques*. Avant même sa naissance, la Société avait donc son *Bulletin*. A la page 489 de l'année 1852 des *Annales*, elle est même désignée sous le nom de « Société des Annales Médico-psychologiques ». Les *Annales*, qui présidèrent à sa naissance, auront bientôt 95 années de publication régulière. En même temps que le *Bulletin* officiel de la Société, elles sont un répertoire inégalable de l'histoire de la psychiatrie.

Ce n'est pas ici le lieu de mettre en lumière la largeur de vues des fondateurs de la Société Médico-psychologique. Ils ne se réunirent pas en l'une de ces chapelles d'adoration mutuelle cultivant le particularisme, l'esprit de corps et les déformations professionnelles. Ils firent appel, non seulement, comme l'on disait alors, à

des « aliénistes », mais à « un nombre déterminé de physiologistes, d'administrateurs, d'érudits, de jurisconsultes, de moralistes et de philosophes, dont les travaux se rattachent plus ou moins à la connaissance ou à la direction de l'homme intellectuel ou moral. »

Aucune de nos préoccupations actuelles ne leur était étrangère. Les « bio-psychiatres », comme l'on dit aujourd'hui, n'ignorent pas que lorsqu'il créa la Société Médico-psychologique, Baillarger y appela, en premier lieu, des physiologistes.

L'hygiène et la prophylaxie mentales ne les préoccupaient pas moins. N'est-il pas plus simple, d'ailleurs, que je vous rappelle le programme de la Société, tel qu'il est indiqué dans le règlement rédigé en 1852 par Dechambre, Carrière et Michéa. Il figure encore à l'article 1^{er} de nos statuts et comprend « toutes les sciences qui peuvent favoriser les progrès de la pathologie mentale, servir à son étude et à son perfectionnement. »

Dès 1848, ce programme comprenait :

- 1° Pathologie mentale et pathologie du système nerveux ;
- 2° Anatomie et physiologie du système nerveux ;
- 3° Hygiène morale, éducation et prophylaxie de l'aliénation mentale ou des névroses, hygiène pénitentiaire, études historiques sur les maladies de la sensibilité ou de l'intelligence ;
- 4° Administration, médecine légale, jurisprudence et statistique en matière d'aliénation mentale ;
- 5° Philosophie, physiologie psychologique, ethnologie, histoire, considérées dans leurs relations avec la science des rapports du physique et du moral.

En 1852, l'anatomie pathologique fut ajoutée à cette liste.

L'œuvre était conçue pour durer. Elle fut réalisée avec un si large esprit qu'elle dure depuis près d'un siècle. A ces hommes qui mirent à notre disposition de tels moyens de travail, quelle reconnaissance ne devons-nous pas ! Qu'avons-nous fait, sinon suivre le sillon qu'ils nous avaient tracé ?

Pouvons-nous même penser que nous avons conservé leur œuvre intacte ? Peut-être dira-t-on, entre autres choses, que les progrès des sciences, la spécialisation des efforts, exigeaient la multiplication des groupements, que ce programme était trop vaste, que nos aînés avaient vu trop grand ? Un compartimentage étroit peut-il donc être considéré comme un progrès ? La spécialisation à outrance, variété de travail à la chaîne, n'a-t-elle pas tendance à rétrécir l'esprit, à cacher les vues générales ? La dispersion des efforts doit-elle être recherchée comme le meilleur moyen de réussir ?

Je pense, au contraire, que la Société Médico-psychologique aurait dû rester, et devrait redevenir, le seul groupement de tous les psychiatres français. La culture étendue, la largeur d'esprit et les vues d'avenir de ses fondateurs lui avaient donné toutes les possibilités. Par l'augmentation du nombre de ses membres, à l'occasion du retour dans son sein de Sociétés psychiatriques dissidentes, la réforme de 1930 a permis de réunir tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la psychiatrie. Si on le jugeait nécessaire, la création, d'ailleurs prévue, de diverses sections, permettrait au sein de la Société, de répartir les diverses activités.

En ce mois où les Congrès se suivent et voisinent, et où nous nous multiplions pour assister aux séances des uns quand les autres nous le permettent, faut-il rappeler que c'est la Société Médico-psychologique qui prit l'initiative d'organiser les premiers Congrès de psychiatrie ? Celui que présida Paul Janet à Paris, du 10 au 14 août 1867, à l'occasion — déjà ! — de l'Exposition Universelle, fut en grande partie consacré à la recherche des bases d'une statistique psychiatrique internationale. Du 5 au 10 août 1878, Baillarger présida à Paris, à l'occasion de l'Exposition, le 2^e Congrès international de médecine mentale qui s'intéressa, en particulier, à la prophylaxie criminelle : ce Congrès émit le vœu que « tout individu réputé aliéné, renvoyé par ordonnance de « non-lieu ou par acquittement, fût nécessairement soumis par « l'autorité administrative à l'examen d'une Commission avant « d'être libéré. » Lors de l'Exposition de 1889, le Congrès, présidé par J. Falret, vota, sur la proposition de Jul. Morel, de Gand, un projet de classement des maladies mentales, destiné à faciliter une bonne statistique internationale. C'est à cette session que fut décidée l'organisation d'un Congrès annuel, devenu depuis le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Lors de l'Exposition de 1900, le Congrès, présidé par Magnan, faisait partie du XIII^e Congrès International de Médecine.

Vous me pardonnez ce court historique. Il ne saurait être question ici de vous donner même un aperçu de l'immense labeur scientifique de notre Société. Ritti, qui fut pendant 38 ans le modèle des secrétaires généraux, en a magistralement décrit les principales étapes. Bien des questions qui nous préoccupent aujourd'hui furent ici l'objet de fréquentes discussions auxquelles nos jeunes collègues trouveront toujours profit à se reporter.

Le 26 février 1855, une intervention de Delasiauve, signalant une forme spéciale de manie avec phénomènes extatiques et surtout fréquente chez l'enfant, fut l'occasion d'une discussion sur les hallucinations qui dura pendant plus d'une année. De même

que l'intervention de M. Guiraud, lors de la discussion d'une communication de MM. Capgras et Nodet, le 11 mars dernier, fit ouvrir, sur le même sujet, une discussion qui, se renouvelant depuis, à chacune de nos séances, durera vraisemblablement aussi longtemps que la précédente.

Et, avant l'exposé que veut bien nous faire aujourd'hui le Professeur H. Claude, la question de l'hystérie fut bien souvent ici, dès 1857, 1860, etc., l'objet d'études et de discussions.

C'est autant dans son passé que dans son présent, que notre Société puise sa force. Elle est le centre scientifique incontesté de la psychiatrie française. Nos efforts sont solidaires de ceux de ses fondateurs. Nous sommes tributaires des leçons qu'ils nous ont données. Notre devoir est d'être les gardiens des institutions qu'ils nous ont léguées.

Si j'ai cru devoir rappeler les idées directrices des fondateurs de la Société Médico-psychologique, c'est pour conclure que, assurément facilitées par les progrès des sciences, et quelles que soient les acquisitions nouvelles, nos préoccupations ne sont que la suite logique du programme établi, il y a 90 ans, par Baillarger et ses collaborateurs.

Messieurs, je donne la parole au Professeur Henri Claude pour l'exposé de son rapport.

PREMIER RAPPORT

Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie, par M. le Professeur Henri CLAUDE (de Paris).

Résumé (1). — Dans le problème de l'hystérie, si l'on écarte par un examen attentif certains troubles accessoires d'ordre constitutionnel (perversité, mythomanie, et surtout la simulation), on voit que le caractère qui doit rester attaché à la notion d'hystérie est le caractère essentiellement passager des diverses manifestations psychiques, motrices ou sensitives. Mais l'intérêt de la question consiste à dégager le mécanisme et s'il est entendu qu'il s'agit d'un mécanisme d'ordre psychique, il faut insister sur les modalités qui sont à la base des perturbations fonctionnelles. Dans la conception ancienne de Babinski, il s'agissait d'une pathogénie assez simpliste ; c'était la volonté qui devait être mise en cause, à la fois comme agent producteur du phénomène hystérique et comme agent de traitement.

(1) Ce rapport a été publié dans le numéro de juin 1937 (page 1) des *Annales Médico-Psychologiques*.

La première objection qui vient à l'esprit, c'est que la volonté du médecin ne suffit pas pour créer les diverses manifestations hystériques ; on ne détermine pas une hémiplegie avec contracture d'une façon durable et à froid sur un simple commandement. D'autre part, si beaucoup de cas simples se réduisent en effet facilement par la suggestion plus ou moins armée, un grand nombre de cas d'hystérie sont rebelles aux méthodes d'invigoration psycho-physiothérapique. ce qui laisse supposer qu'il y a des perturbations psychiques plus profondes que celles qui relèvent de la suggestion.

Depuis fort longtemps la question qui a occupé le rapporteur dans l'hystérie, c'est précisément cette aptitude à la *dissociation* des états fonctionnels qui s'observe chez tous les hystériques et la faculté de *fixation* du trouble lorsqu'il a été déterminé en dehors de toute activité volitionnelle agissante et indépendamment de toute manifestation de fatigue.

Il a essayé de démontrer dans le courant des années, avec divers de ses collaborateurs, que le mécanisme de cette dissociation et de cette fixation, s'il est d'ordre psychologique, faisait appel à un certain nombre d'activités fonctionnelles qui toutes avaient comme caractéristique d'échapper au commandement absolu de la volonté bien qu'elles aient toujours néanmoins des attributs d'une certaine vigilance dans l'exécution du phénomène.

Par la suite bien des auteurs ont cherché dans les inter-relations des centres corticaux et sous-corticaux l'explication de ces troubles fonctionnels qui paraissaient mettre en cause certains appareils, d'où la conception d'actions *dynamiques* particulières qui mettent en jeu les appareils anatomiques sans que ceux-ci soient altérés organiquement. Ceci explique en partie que la distinction à laquelle Babinski a apporté toute son attention entre les manifestations organiques et les manifestations hystériques ne peut être absolument conservée.

En effet, toujours par la suite les épreuves thérapeutiques et notamment au cours de l'insulinothérapie, ont montré que, non seulement, on pouvait constater des phénomènes purement fonctionnels, mais que l'on pouvait observer également au cours de ces apparences fonctionnelles certaines réactions considérées comme d'ordre organique, particulièrement les phénomènes comme l'extension de l'orteil, des troubles pupillaires, des paralysies oculaires, des manifestations épileptiformes tous phénomènes qui ne pouvaient être reproduits par la volonté et qui s'intriquaient avec les phénomènes fonctionnels observés couramment dans l'hystérie.

Enfin, il a été donné à tous les neuro-psychiatres d'observer la transformation de certains états névropathiques de type hystérique et leur évolution vers un état nettement schizophrénique.

La conclusion du professeur Claude est donc que l'hystérie et la schizophrénie présentent des caractères qui s'apparentent sans que les deux affections soient définitivement confondues et leur caractère d'analogie consiste dans le phénomène de dissociation, perte incom-

plète dans le contact avec le monde extérieur, et variation dans l'intensité de l'autisme qui peut prendre une importance principale dans la schizophrénie, et être au second plan dans l'hystérie. Naturellement, dans ces cas d'hystérie, le trouble fonctionnel n'apparaît que temporaire, car il est en rapport avec une transformation peu profonde des activités fonctionnelles dynamiques, tandis que dans la schizophrénie, la perturbation est profonde, bien qu'elle ne soit pas absolument irrémédiable.

Cette notion peut être conservée au point de vue de l'intervention thérapeutique, car quoiqu'on en ait dit si certaines manifestations hystériques sont rebelles, comme les manifestations schizophréniques, on peut espérer que certaines thérapeutiques biologiques puissent venir à bout de l'une comme de l'autre maladie.

DISCUSSION

M. le Professeur MARINESCO (de Bucarest). — Je suis parfaitement d'accord avec le rapporteur sur la ressemblance qui existe entre certains phénomènes hystériques et la schizophrénie. Je crois cependant que ceux dont la réversibilité est immédiate, appartiennent en propre à l'hystérie.

En effet, la fixation rapide des réflexes conditionnels est un des caractères les plus nets de l'hystérie, et c'est par elle que celle-ci a pu être appelée névrose protéiforme. Cette fixation est la conséquence d'un trouble de l'équilibre qui normalement existe entre le fonctionnement de l'écorce et celui des ganglions de la base. Il se produit alors des phénomènes d'induction réciproque. Quand il y a hyperexcitabilité des centres ganglionnaires sous-corticaux il y a hypoexcitabilité de l'écorce. De ce fait, l'écorce de l'hystérique se trouve sinon dans un état d'inhibition chronique, du moins dans un état qui favorise l'apparition des processus inhibiteurs. Et je rappelle à ce sujet que Sollier, fut le premier à parler pour l'hystérie d'inhibition, terme dont le sens ne fut pas compris alors, mais que les travaux de Pawlow ont rendu plus clair.

C'est l'anesthésie hystérique qui m'a permis d'établir certains tests objectifs propres à dépister cette anesthésie et à montrer sa réalité ainsi que sa physiologie pathologique.

Je cite ici les tests du sommeil ; celui des excitations nociceptives, appliquées sur le côté malade sans y déterminer aucune réaction, et l'impossibilité pour ce membre de fixer des réflexes conditionnels. De même il est impossible du côté anesthésié de déterminer le réflexe psychogalvanique. Enfin l'électroencéphalogramme confirme ces données.

Pour plus de détails qu'on se reporte à l'article que je viens d'envoyer à la *Revue Neurologique*.

M. P. HARTENBERG (de Paris). — La question que nous pose M. Claude dans son intéressant rapport est nette et précise : « Y a-t-il des relations possibles entre l'hystérie et la schizophrénie ? En d'autres termes, les manifestations hystériques peuvent-elles s'expliquer par une dissociation psychique analogue à celle qui existe chez les schizophréniques ? »

Je ferai remarquer tout d'abord qu'une assimilation entre la schizophrénie et l'hystérie ne peut pas être envisagée pour la totalité des symptômes attribués à l'hystérie. Permettez-moi de vous rappeler qu'une longue observation des névropathes m'a conduit à penser qu'il n'y avait pas en réalité de névrose hystérique, distincte et autonome, que l'hystérie n'était qu'un assemblage artificiel de troubles relevant de pathogénies différentes.

C'est ainsi que les recherches de Bernheim et Babinski ont démontré que les anesthésies ne sont nullement des symptômes spontanés, mais des troubles produits par la suggestion médicale.

La crise de nerfs, dite hystérique, n'est autre chose, ainsi que je le soutiens depuis longtemps, qu'une réaction émotive, provoquée par un état d'irritation nerveuse, d'énervement, dû le plus souvent à une contrariété. Il est tout à fait inutile et inexact de faire appel à des hypothèses neurologiques savantes, comme celle de la libération. Pendant la crise, la pensée n'est nullement abolie : le sujet sent, entend, se souvient, est sensible aux suggestions extérieures ; ses centres psychiques supérieurs ne sont nullement inhibés.

Dans les paralysies flasques, le mécanisme est tout différent. J'ai vu, pendant la guerre, naître et se développer sous mes yeux quantité de paralysies flasques. Voici se qui se passe. A la suite d'une blessure insignifiante ou d'un traumatisme léger quelconque, ayant entraîné une immobilisation temporaire, le sujet prend l'habitude, en toutes circonstances, de ne plus se servir de son membre. Et il est surprenant de constater avec quelle rapidité cette habitude s'acquiert. Au bout d'une semaine déjà, il néglige complètement le membre inactif, comme s'il ne lui appartenait plus, comme si c'était un corps étranger. De là, cette impression, donnée par le malade, et qui a tant frappé les observateurs de l'hystérie, de son indifférence totale pour le membre paralysé. Ainsi, les paralysies flasques ne sont en réalité qu'une habitude d'inertie. Elles réalisent une apparence de

dissociation : mais cette dissociation n'est pas primitive, mais secondaire ; elle n'est qu'un effet, et non une cause des accidents.

J'arrive enfin aux contractures. Ici, la présence de la rigidité musculaire chez les hystériques comme chez les schizophréniques peut justifier une tentative de rapprochement entre ces deux sortes de malades.

Mais les contractures névropathiques peuvent-elles être assimilées à la catatonie ? Je ne le crois pas.

Car, comment assimiler une affection cérébrale, aussi profonde, aussi étendue que la schizophrénie, qui altère toutes les fonctions de l'esprit, qui a pour base vraisemblablement des altérations cellulaires, avec un accident localisé, survenu incidemment chez un sujet normal par ailleurs et qui peut disparaître, instantanément et pour toujours, par une simple suggestion ?

Il semble donc bien que ces deux phénomènes, contracture névropathique et catatonie, soient de natures différentes.

Au reste, le problème des contractures névropathiques est loin d'être résolu. Il nous apparaît essentiellement comme un problème de psycho-physiologie : « Comment, par quel mécanisme, une représentation mentale, phénomène purement fonctionnel, est-elle capable d'entretenir cette rigidité musculaire, possédant les caractères exceptionnels et paradoxaux des contractures névropathiques ? » Voici la question à laquelle il faut répondre.

Et nous obtiendrons cette réponse, non par des théories, des hypothèses, des discussions académiques, mais par l'observation clinique, minutieuse et prolongée des malades.

C'est pourquoi j'é mets le vœu, pour que ce rapport ait une suite fertile, que tous les membres de notre Société soient invités à nous soumettre les cas de contractures névropathiques qu'ils auront dans leur service ou dans leur clientèle. La Société Médico-psychologique contient l'élite de la psychiatrie française. Il n'est pas interdit d'espérer qu'elle ne parvienne un jour, par son travail collectif, à déchiffrer l'énigme des contractures névropathiques.

M. le Professeur Pierre JANET (de Paris). — Je remercie M. Claude de ses intéressantes évocations de nos anciennes études sur la dissociation psychologique dans l'hystérie ; en l'écoutant, je me demandais si nous étions encore en 1937 ou si, par un procédé magique, M. Claude n'avait pas réussi à nous transporter en 1892, au moment où je soutenais ma thèse de médecine.

cine sur cette définition de l'hystérie par la dissociation psychologique. Déjà, à cette époque, je proposais pour résumer les principaux symptômes de l'hystérie l'idée générale d'une dissociation des fonctions psychologiques dépendant de ce que j'appelais une misère psychologique, une asthénie psychologique. (Etat mental des hystériques, 1892, II, p. 300). Cette asthénie pouvait être rattachée à bien des causes différentes, on la retrouvait dans des lésions cérébrales, dans des maladies de divers organes viscéraux, aussi bien que dans des épuisements psychologiques en relation avec des fatigues, des émotions actuelles ou des émotions anciennes que j'appelais auparavant des réminiscences traumatiques. Les troubles qui déterminaient cette asthénie pouvaient être passagers, réversibles dans bien des cas, ou malheureusement souvent irréversibles et progressifs.

Il ne faut cependant pas exagérer et il faut reconnaître, comme l'a montré M. Claude, que la notion de dissociation psychologique apparaît aujourd'hui sous une nouvelle forme et présente des progrès intéressants. Elle n'est plus présentée isolément à propos de la seule hystérie, elle apparaît comme un caractère commun à bien d'autres troubles mentaux et la forme que présente la dissociation psychologique dans l'hystérie doit être rapprochée et distinguée de la schizophrénie et de bien d'autres formes de l'asthénie psychologique.

L'asthénie psychologique telle qu'on la considère dans les névroses et les psychoses présente des exagérations et des déformations de ces symptômes bien connus que l'on observe dans les simples réactions de la fatigue. (De l'angoisse à l'extase, 1926, II, p. 216). Cette réaction de la fatigue peut en effet prendre diverses formes et chacune d'elles plus ou moins exagérée et systématisée donne à l'asthénie un aspect particulier et constitue l'essentiel de ce que nous considérons jusqu'à présent comme une névrose ou une psychose plus ou moins distincte malgré les innombrables formes intermédiaires.

Nous connaissons les formes simplement exagérées de la fatigue plus ou moins générale qui est caractérisée par la disparition des actions d'un ordre hiérarchique supérieur, par la réduction des actes de progrès et de jeu, par la suppression des efforts et l'instabilité des actes, par les idées de dévalorisation, les sentiments de faiblesse et de morosité, et aussi souvent par le développement des phénomènes d'ordre inférieur et des variétés de l'agitation. Cette forme d'asthénie peut être momentanée et réversible, mais elle peut être plus ou moins chronique, rester au même niveau ou devenir progressive. Cette forme a été souvent

décrite sous le nom de neurasthénie, surtout quand elle est accompagnée d'une certaine réduction de l'activité viscérale.

Quand cette réduction asthénique porte surtout sur les phénomènes psychologiques supérieurs, sur les actes les plus élevés dans la hiérarchie psychologique, quand elle rend difficiles ou même impossibles les phénomènes de décision ou d'affirmation réfléchies, quand elle détermine des efforts indéfiniment prolongés et d'ailleurs inutiles pour atteindre ces actes réfléchis, il s'agit surtout des différentes formes de la psychasthénie.

Très souvent la réaction de fatigue prend un aspect très important : elle détermine le rétrécissement des activités psychologiques et donne une forme plus ou moins systématisée aux actes conservés. La fatigue diminue le nombre des intérêts et amène la suppression des études, des travaux d'art et même des pratiques religieuses ; elle restreint même les perceptions et les souvenirs. Quand cette économie des actes les plus coûteux restreint les actes moteurs ou qui comportent un élément moteur important, on voit disparaître les actes qui doivent répondre par un mouvement aux stimulations du monde extérieur et surtout les actes sociaux qui sont parmi les plus coûteux. Le sujet se trouve réduit à l'activité purement intérieure de la rêverie et de la pensée. Cette introspection n'est pas le résultat d'un refoulement volontaire, elle est la manifestation d'une faiblesse qui rend impossibles les actes réels et ne permet que les actes très économiques de la pensée. On voit alors apparaître l'autisme et les caractères les plus importants de la schizophrénie.

Enfin le rétrécissement peut porter suivant le degré d'intelligence du sujet et suivant les circonstances sur telle ou telle fonction plus élémentaire, sur telle ou telle catégorie de souvenirs. L'hystérie nous présente d'abord un grand nombre de phénomènes qui sont simplement des manifestations de l'asthénie générale, comme les paresse, les instabilités, les décharges sous forme de diverses attaques, les recherches d'excitation et de direction, mais à côté ces malades nous offrent des systématisations par rétrécissement qui jouent un grand rôle dans les suggestions, les distractions, les idées fixes et les diverses paralysies de fonctions psychologiques bien déterminées. « L'hystérique, disais-je autrefois, n'est qu'une asthénique psychologique qui présente certains rétrécissement d'une manière particulière.

M. Claude précise donc ces anciennes études sur la dissociation psychologique en nous montrant que l'hystérique se rapproche du schizophrène, cela est très intéressant car cela insiste sur l'asthénie fondamentale qui se retrouve dans toutes ces psycho-

névroses et nous propose des discussions intéressantes sur les caractères distinctifs. Ainsi l'ancienne notion de dissociation psychogique réapparaît avec plus de précision et j'espère que ceux qui l'étudieront aujourd'hui réussiront mieux que nous à rendre cette notion trop générale plus précise et plus utile. Le progrès procède à la façon d'une spirale qui, à chaque tour, passe par les mêmes points, mais chaque fois avec un nouveau progrès.

M. le Professeur KRETSCHMER (de Marbourg). — Si l'on considère les rapports de l'hystérie et de la schizophrénie du point de vue du tonus vital, on constate que maintes formes graves d'hystérie chronique s'installent, elles aussi, sur des mutilations de la vitalité endogène que produisirent de catastrophiques agressions. Ces mutilations persistent toute la vie et se révèlent par des symptômes somatiques d'ordres nerveux végétatif et endocrinien. Dans ces cas, les symptômes hystériques sont secondaires et ne font que prouver l'existence passée d'une atteinte somatique.

M. Eug. MINKOWSKI (de Paris). — M. Claude, dans son rapport, a exposé d'une façon particulièrement claire et concise quelques points essentiels ayant trait à nos actuelles préoccupations scientifiques et nous devons lui en savoir gré. Ce rapport vient « remuer des pensées » et c'est dans ce sens, davantage sous forme de questions que d'objections à proprement parler, que je voudrais apporter quelques remarques. Je me place, du reste, uniquement sur le terrain clinique et psychopathologique, ne disposant point de données physiopathologiques dans ce domaine.

J'ai beaucoup « fréquenté » la schizophrénie, je l'ai moins fait pour l'hystérie ; de là une polarisation unilatérale que vous connaissez. Il m'est arrivé pourtant, dans des circonstances assez particulières, de me croire transporté dans l'époque de Charcot. En 1917 je fus affecté comme médecin au service militaire de confus dirigé par M. Pactet. Un des pavillons était réservé aux militaires appartenant aux brigades russes envoyées sur le front français et pour lesquelles l'hospitalisation devait être assurée par notre service de santé. C'était après la révolution russe et, comme cela arrive souvent pour la médecine mentale, on avait évacué sur notre pavillon des militaires dont on ne savait que faire ailleurs. Il y avait parmi eux certainement des simulateurs et de « fortes têtes », mais il y avait aussi des natures frustes de paysans russes, dépaysés, désemparés par les idées nouvelles semées par la révolution. Le personnel infirmier

était russe et lorsque le malade avait une crise, les infirmiers se mettaient au garde-à-vous devant lui et lui demandaient l'autorisation de le porter sur son lit, et les infirmières l'entouraient de soins empressés. Dans cette atmosphère, j'ai pu observer toute la gamme de manifestations hystériques, grandes crises, paralysies, anesthésies, etc...

Cela nous mène au problème clinique. La phase initiale de la schizophrénie peut incontestablement être caractérisée par des symptômes à allure hystérique, comme elle peut l'être par de l'anxiété ou de l'excitation maniaque ; ce sont des cas qui rendent parfois le diagnostic délicat. Mais la même difficulté peut se présenter au cours d'une schizophrénie avancée. Récemment, chez une malade, au cours du premier examen, la mise en scène et le syndrome de jeu, non plus sous forme de jeu pour soi-même comme nous l'observons chez les enfants et chez certains schizophrènes, mais polarisé nettement vers les êtres et les choses ambiants, paraissaient prévaloir à tel point que j'avais cru pouvoir mettre, dans l'appréciation du cas, ces facteurs au premier plan ; pourtant, par la suite, j'ai dû me rendre rapidement compte qu'il s'agissait d'une psychose discordante des plus caractéristiques, évoluant depuis assez longtemps déjà sur un fond de schizoïdie. Du reste, cette présence de symptômes à allure hystérique, se retrouve, en dehors de la schizophrénie, dans d'autres tableaux cliniques, comme la dépression mélancolique ou les dépressions préséniles.

Au sujet de ces combinaisons se pose la question de savoir si, pour ce qui est des facteurs hystériques, il s'agit simplement de symptômes contingents susceptibles d'être subordonnés entièrement au syndrome de base, ou, au contraire, de réelles incrustations étrangères à celui-ci et possédant une certaine autonomie ; autrement dit, si l'hystérie n'est qu'un terme, reliquat des conceptions de nos prédécesseurs ou si elle répond à une réalité clinique. Cette question nous mène au plan psychopathologique.

M. Claude donne une interprétation plausible des accidents hystériques, à savoir que le sujet arrive à isoler, à séparer, à dissocier d'avec le tout certaines parties ou certaines fonctions de son organisme. Mais là se pose la question de savoir si cette dissociation est de même nature que celle qu'on invoque dans la schizophrénie.

Si nous comparons les accidents hystériques à des manifestations comme la paramimie, la discordance entre le contenu idéique et la tonalité affective, ou encore la dissociation idéique

et verbale allant jusqu'à la salade de mots, nous avons l'impression d'un écart considérable. Sans doute, l'analogie devient plus grande lorsque nous envisageons la faculté des schizophrènes de mettre de côté, de « scotomiser » certains faits et événement, de se comporter comme si ceux-ci étaient inexistantes ; mais, là encore, il s'agit, d'une part, d'une déformation de l'ambiance conditionnée par le psychisme du schizophrène, tandis que, d'autre part, nous nous trouvons en présence d'un trouble orienté, dirait-on, en sens inverse, limité à l'organisme du sujet et s'adressant à l'ambiance non modifiée.

Ainsi la « dissociation » semble suivre d'emblée les tracés différents et présenter dans chaque cas un caractère particulier. M. Claude souligne cette différence en disant que dans un cas il s'agit d'une modification profonde et durable, et dans l'autre, d'une modification plus superficielle et temporaire, et nous nous demandons si l'opposition, dans la vie mentale, du profond et du superficiel n'implique point déjà une différence de nature.

En élargissant le débat, en présence d'un excité maniaque par exemple, jouet d'excitants et d'associations momentanées, nous pouvons penser également à une mise hors usage, par une sorte de dissociation particulière, de mécanismes plus profonds qui nous permettent, dans la vie courante, d'échapper à l'emprise du momentané, de constituer un présent, d'y vivre et d'y réagir d'une façon appropriée aux circonstances.

Ainsi se pose à nouveau la question de la différenciation de la dissociation en même temps que s'avère la difficulté d'épuiser les syndromes fondamentaux en les abordant sous l'angle de mécanismes et symptômes isolés.

M. Repond a parlé de la très grande suggestibilité des schizophrènes, en y subordonnant les phénomènes d'écholalie et d'échopraxie ; mais il existe une différence entre cette suggestibilité et celle des hystériques. Il en est de même, à notre avis, du théâtralisme (récente étude de M. Picard) chez les schizophrènes et chez les hystériques. Cette différence, nous nous en servons intuitivement dans les cas difficiles quant au diagnostic ; nous faisons pencher la balance du côté de la schizophrénie, lorsque le malade semble « aller trop loin », dépasser certaines limites et compromettre ainsi la finalité que nous croyons pouvoir attribuer au comportement de l'hystérique.

De cette manière se pose la notion de la façon d'être générale du malade, de sa personnalité, de sa mentalité. Cette mentalité nous la déterminons par un effort de pénétration de notre part, et cela indépendamment des mécanismes qui ont pu déterminer sa genèse.

Nous ne saurions trop insister ici sur la portée de la notion d'autisme, en ajoutant que les interprétations psychanalytiques qui l'assimilent au narcissisme ne font que masquer sa portée générale. Nous pouvons maintenant, en embrassant l'ensemble, parler de monde, de vie, de personnalité autistiques. L'autisme sous-tend le tableau clinique de la schizophrénie, sous-tend tous les symptômes dont se compose celui-ci et en écarte également les manifestations qui ne cadrent pas avec lui.

Nous repensons au pavillon russe. Les hystériques arrivent à s'agglomérer, à créer une atmosphère collective particulière et qui n'est point à la portée des schizophrènes ; ils sont tous accessibles aux suggestions émanant de cette atmosphère, plus même peut être qu'aux suggestions individuelles. Médecin pendant deux ans dans un régiment d'infanterie, je n'ai pratiquement pas eu au front affaire à des manifestations hystériques. Ce fait tient peut-être non pas à ce que les candidats à l'hystérie n'arrivaient pas jusqu'au front, mais à ce que le « climat » était différent de celui de l'arrière.

Les mécanismes invoqués pour l'hystérie, comme la finalité, le sentiment de faiblesse et la revendication consécutive (M. Codet), etc., et jusqu'à l'affinité avec la simulation, indiquent également cette polarisation particulière vers la réalité ambiante. M. Hesnard, dans un article récent, dit qu'il existe entre l'individu hystérique et le milieu social en rapport plus étroit qu'entre le milieu et n'importe quel autre individu atteint de névrose. L'hystérique se réfugie, selon lui, dans l'expression extérieure (comme le schizophrène se réfugie dans l'autisme), et le terme « hystérie-névrose d'expression » qu'il emploie, paraît plausible, l'expression s'adressant toujours nécessairement aux autres. Mais là de nouveau une différenciation, sur ce plan, d'avec le comportement du maniaco-dépressif pour lequel nous disons qu'il reste en contact avec l'ambiance, pourrait probablement apporter plus de précision encore dans le tableau.

M. H. BARUK (de Paris). — Si la question de l'hystérie donne toujours lieu à des discussions passionnées, il semble toutefois que l'opposition des points de vue doive bientôt faire place à un certain effort de synthèse. Il n'y a pas dans ces discussions qu'un retour en arrière, certaines données psycho-physiologiques récentes permettent de reprendre quelques éléments du problème.

Si l'on se place au point de vue clinique, du diagnostic et du pronostic, on tend essentiellement à différencier le syndrome hystérique. C'est le point de vue de Babinski, qui a consisté à

isoler, dans le cadre si vaste des troubles psycho-névropathiques, une variété spéciale de perturbations curables par persuasion. En limitant ainsi le diagnostic d'hystérie, porté en général à tort et à travers, à un syndrome précis et comportant une sanction thérapeutique immédiate, Babinski a rendu un immense service.

Mais il s'agit là d'un point de vue exclusivement pratique, laissant de côté toute pathogénie. Si l'on se place maintenant au point de vue pathogénique, si l'on veut pénétrer plus profondément, on est frappé de retrouver, dans les états névropathiques ou psychopathiques les plus variés, des *troubles des mêmes fonctions* : troubles des fonctions psycho-motrices, troubles du courant de la pensée, et du contrôle de la pensée, etc... Ces troubles ne diffèrent d'un syndrome à l'autre que par leur degré d'intensité.

Il n'y a donc rien d'étonnant, si l'on se place à ce point de vue, de constater certaines parentés entre l'hystérie et la schizophrénie, comme vient d'y insister M. le Professeur Claude. Ces parentés n'excluent pas, bien entendu, des différences cliniques et thérapeutiques importantes.

Dans notre rapport au Congrès de Bruxelles, nous avons insisté sur le fait que, dans l'hystérie comme dans la catatonie, on retrouve des perturbations des mêmes fonctions, les fonctions psycho-motrices, mais ces perturbations sont beaucoup plus légères dans le premier cas que dans le second, comme le montrent nos recherches psycho-physiologiques.

C'est ainsi, par exemple, que si les courbes électro-myographiques montrent dans la catatonie des courants d'action analogues à ceux de la contraction volontaire, comme nous y avons insisté avec MM. Claude et Thévenard, ces courants d'action se produisent de façon aveugle, automatique.

Dans la contracture hystérique, j'ai montré, avec mon ami Kourilsky, que l'on constate aussi des courants d'action analogues à ceux de la contraction volontaire, mais ces courants d'action sont beaucoup plus polarisés dans le sens de l'attitude adoptée par le membre contracturé. L'activité consciente prend davantage part à la genèse du syndrome pathologique.

De même, en ce qui concerne l'étude de la mise en train psychomotrice volontaire, nous avons montré, avec MM. Claude et Porak, que le démarrage était extrêmement inhibé dans la catatonie, et seulement irrégulier dans l'hystérie. Plus récemment, j'ai repris cette étude avec MM. Gomez et Rossano au moyen du prézographe de Gomez et nous avons pu objectiver

également, par cette méthode, ces caractères différentiels de la mise en train.

De même, au point de vue végétatif et vasculaire, les troubles sont beaucoup plus accentués dans la catatonie que dans l'hystérie. Nous venons toutefois avec Racine de mettre en évidence, dans plusieurs cas de pithiatisme, des troubles cardio-vasculaires très particuliers sur lesquels nous reviendrons.

Ces données physiologiques méritent d'être rapprochées des données psychologiques. Que nous dit en effet le catatonique ? Qu'il se contracte lui-même, mais qu'il est poussé à se contracter par une force incoercible qui met en branle en quelque sorte, malgré lui, sa volonté. On comprend ainsi l'apparence volontaire de manifestations cependant non librement voulues. Et le pithiatique ? Il n'a nullement la même impression d'avoir sa volonté submergée, et c'est pourquoi son comportement général reste, contrairement à ce qui se passe pour le catatonique, sensiblement normal, mais, chez le pithiatique, certaines attitudes pathologiques partielles ne se réalisent cependant qu'à moitié à son insu. La volonté ici n'est que légèrement inhibée et non submergée.

Ces données psycho-physiologiques permettent notamment de beaucoup mieux comprendre ces *contractures hystériques* que M. Hartenberg considère comme tout à fait mystérieuses.

De tous ces faits il résulte que le trouble psycho-moteur pithiatique constitue la forme la plus légère des nombreux troubles psycho-moteurs observés en psychiatrie. C'est pourquoi il est facilement curable.

Cette curabilité n'implique nullement l'idée de manifestation artificielle ou simulée. C'est une profonde erreur de croire que parce qu'un trouble est psychique, il n'a pas de rapports avec des atteintes du système nerveux. A ce point de vue, il faut réviser les conceptions classiques qui opposent troubles organiques et troubles dits fonctionnels. Cette opposition est bien justifiée du point de vue clinique, mais à condition de ne pas réserver aux seuls troubles dits organiques le privilège d'avoir une étiologie cérébrale. En réalité, ce qu'on désigne en général sous le nom de troubles organiques, ce sont les *signes de localisation* (syndrome pyramidal, extra-pyramidal). Quant aux troubles fonctionnels, il ne faut pas les envisager, à notre avis, sous l'angle de troubles purement psychogéniques, mais sous l'angle de troubles psychiques liés à des *perturbations diffuses et souvent superficielles du système nerveux* (intoxications, troubles humoraux, émotions, etc...).

Les signes de localisation restent en général plus ou moins indépendants de la volonté. Les troubles dits fonctionnels sont, au contraire, intriqués plus ou moins étroitement avec la volonté. Mais ce caractère ne veut nullement dire qu'ils soient artificiels. L'exemple de la catatonie montre bien qu'une volonté morbide, même délirante, peut résulter d'une atteinte cérébrale subie par le sujet.

Si donc, nous nous sommes élevés contre l'assimilation de l'hystérie à des signes de localisation (notamment striés), cela ne veut nullement dire que nous considérions le syndrome hystérique comme en dehors du système nerveux. Bien au contraire, nous estimons que, malgré son apparence volontaire, il est la conséquence de *perturbations physiologiques du système nerveux*.

M. Achille DELMAS (de Paris). — La limitation du temps qui nous est imposée nous réduit à quelques brèves observations. Nous sommes reconnaissants à M. le Professeur Claude d'avoir si clairement et mieux que tout autre n'eût pu le faire, réuni tous les éléments en faveur d'un rapprochement entre l'hystérie et la schizophrénie ; nous lui sommes personnellement reconnaissants d'avoir présenté sa thèse avec une très grande prudence et plus comme une orientation dans les recherches, que comme une théorie acquise. Mais, ce qui importe, c'est moins la pensée nuancée du rapporteur, que la destinée de son rapport ; nous craignons, pour notre part, qu'on ne puisse plus parler de l'hystérie, déjà si obscurcie d'interprétations hypothétiques, sans vouloir y incorporer un mécanisme de dissociation.

Je déplore en particulier que M. le Professeur Janet ait pu tout à l'heure montrer qu'à propos de l'hystérie tout était remis en question et que nous en revenions, à quelques nuances près, aux opinions qui avaient cours il y a 50 ans. Je suis venu à la Psychiatrie à un moment où le démembrement de l'hystérie, opéré par Babinski et par Dupré, semblait nous avoir apporté une orientation définitive, et trente ans d'expérience m'ont confirmé que leur pensée s'accordait admirablement avec la complexité des faits.

Ce qui est essentiel et fondamental dans l'œuvre de Babinski, à qui tout le monde rend hommage, mais en allant en sens inverse de ses conceptions, ce n'est pas l'interprétation clinique et thérapeutique par la suggestion et la contre-suggestion ; ce qui, chez lui, a été capital et fécond, c'est la discrimination entre l'organique et le fonctionnel ; c'est là le terrain solide sur lequel il convient, pour nous, de se tenir fermement.

De même que Babinski avait fait la discrimination de l'organique et du fonctionnel, de même Dupré a imposé la discrimination entre émotivité et hystérie. Il est inadmissible que depuis Dupré on s'obstine encore à ne pas séparer nettement et complètement ce qui est émotivité et ce qui est hystérie et que l'on utilise certains signes quasi-organiques et, en tous cas, objectifs de la première, pour suggérer malgré tout l'idée d'une vague organicité, ou ébauchée ou latente dans la seconde. Il y a là plus qu'une erreur de diagnostic ; il y a une attitude thérapeutique qui conduit au moins à une cruauté injustifiée, sinon à des désastres. Je regrette de ne pouvoir insister davantage sur ce point.

Enfin Dupré a édifié la clinique et la constitution mythomaniaque, et dès lors l'hystérie, parfaitement délimitée, devenait un syndrome précis, de nature affective, de mécanisme instinctif et impulsif, plus ou moins irrésistible, s'exprimant de façon consciente par des productions mettant en jeu les combinaisons imaginatives et les réalisations motrices, dans un but de vanité soit pure soit associée.

Tout à l'heure l'éminent rapporteur s'appliquait à éliminer du débat tout ce qui est simulation. Nous sommes tout à fait d'accord à la condition de ne pas confondre simulation et mythomanie : c'est une nécessité élémentaire de la clinique de savoir distinguer une réaction banale de défense ou de lutte, exactement proportionnée à sa cause et un déséquilibre avec impulsivité affective.

Avec l'hystérie de Babinski et Dupré, tous les faits deviennent admirablement accessibles et clairs. Nous ne pouvons y insister aujourd'hui. Nous indiquerons seulement que disparaissent ainsi les apparentes difficultés signalées par le rapporteur chez les sujets hystériques, telles la psycho-plasticité, l'absence de fatigue, l'indifférence, la forme et le degré volitionnels, la charge affective, etc...

Et en opposition avec une interprétation qui éclaire tous les faits, et permet de comprendre, de diriger et de traiter tous les cas, que nous propose-t-on ? Un renouveau, sous le vêtement neuf de la dissociation, des anciennes théories de l'oubli ou du sommeil partiel de Sollier, du rétrécissement de la conscience du Professeur Janet, et de l'image du centre O et du polygone de Grasset. Or aucun des faits allégués par le rapporteur n'apporte quelque commencement de preuve en ce sens.

Autant que quiconque nous admirons les expériences fondamentales de l'œuvre de Pawlow. Mais cela ne nous engage nullement à le suivre dans les interprétations qu'il prétend en tirer pour expliquer l'hystérie et même l'hypnose qui se trouverait du

coup réhabilitée. Il nous suffit de dire avec le rapporteur qu'il n'y a là que des « considérations hypothétiques ».

Les opinions de van Bogaert sont toutes entâchées du même vice initial ; elles s'appliquent à des faits d'émotivité, mais non à l'hystérie.

Quant aux expériences de Claude et de ses élèves, en particulier de Baruk, elles ne vont pas bien loin. Tout au plus tendent-elles à prouver que les inscriptions myographiques dans l'hystérie sont « en somme du rythme des contractions volontaires », ce dont nous nous doutions un peu. Il en est de même, d'après ces expériences, dans la catatonie. Déjà Magnan et son école, qui n'employait point le terme de catatonie mais qui en connaissait admirablement les éléments composants, considérait ces symptômes comme d'origine délirante ou hallucinatoire. Rien ne prouve qu'il n'en soit pas ainsi même si, au mécanisme délirant ou hallucinatoire, on devait ajouter dans d'autres cas un mécanisme fait d'une humeur hostile, opposante, et concentrée. Ce serait encore l'état mental qui produirait les phénomènes directement et par un acte de volonté, morbide certes, mais volonté quand même, que cet état mental soit de nature fonctionnelle comme dans la mélancolie, ou de nature organique comme dans la démence précoce.

Enfin nous ne pensons pas qu'il faille retenir tant soit peu les chocs insuliniques ou les intoxications par le cardiazol, qui peuvent bien démontrer l'existence d'altérations irritatives fugaces, mais qui n'ont guère d'analogies avec les faits hystériques.

Pour conclure, nous rappellerons qu'un de nos collègues à l'esprit éclectique résumait son intervention au Congrès de Bruxelles par une formule arithmétique dans laquelle hystérie = émotion + pithiatisme + mythomanie. Désormais, je crains qu'il n'ajoute la dissociation à cette somme. Je ne puis, pour ma part, que m'en tenir à la doctrine admirablement claire et précise de mon maître Dupré et protester contre des constructions basées sur de vagues analogies : elles ne peuvent qu'accentuer l'anarchie psychiatrique.

M. le Professeur Adolphe MEYER (de Baltimore). — La grande difficulté pour un étranger de prendre la parole dans une discussion où le temps de la parole est limité à cinq minutes, est la raison pour laquelle j'aurais voulu garder le silence. Mais puisqu'on m'y invite avec tant d'insistance je dirai que je trouve excellent le rapport du professeur Claude. Sans doute il y a entre l'hystérie et la schizophrénie des points communs que j'ai signalés moi-même en 1905 et 1909, mais il y a entre elles de profon-

des différences au point de vue psychologique, fonctionnel, biologique, physiologique et histologique. Mais on ne peut discuter de ces derniers caractères, car ils échappent à notre connaissance, surtout pendant la vie du malade. Les observations d'hystérie ou de schizophrénie dont le processus histologique a été vérifié sont trop rares, pour permettre des conclusions fermes.

Quant au dynamisme il est à la fois le même et autre dans chacune des deux affections. Il s'est fait un progrès dans la connaissance de ces états. Il y a 30 ans je proposais au professeur Janet de donner comme sujet de thèse à un de ses élèves le diagnostic des formes d'hystérie devant aboutir à des psychoses graves nécessitant l'internement. Mais le succès de la nosologie par trop commode de Kræpelin fit perdre de vue ce genre de recherches.

La dissociation hystérique est comparable à celle de l'hypnotisme par sa docilité plus ou moins volontaire, par le caractère plus ou moins théâtral des réactions à l'égard de la famille ou d'autrui, à l'égard du passé et de l'avenir du sujet, par l'amnésie élective. Le schizophrène est plus passif, plus automatique, parce qu'il a perdu toute critique de la réalité, quoiqu'il ait gardé bonne mémoire. L'hystérique est actif, il a l'air de rechercher un succès personnel en dépit de ses invalidités apparentes et réelles. Le schizophrène a l'air au contraire de subir une fatalité qui le surpasse ; il est une victime ; il a ce que j'appelle : une orientation multiple, c'est-à-dire que voyant tout à la fois, il n'a aucun souci des désaccords entre les localités qu'il mêle, entre les dates qu'il confond, entre les incompatibilités des idées qu'il exprime.

Quant à la discussion sur le fonctionnel et le structural elle sera conjecturale tant que l'on n'aura pas de données cliniques ou expérimentales.

M. le Professeur Art. DONAGGIO (de Bologne). — Je félicite le professeur Claude de son travail sur une question aussi discutée et aussi ardue que celle des troubles neurologiques qui accompagnent l'hystérie et la schizophrénie. La question de leur nature physique ou psychique restait mystérieuse à cause de leur réversibilité. Mais mes expériences sur les lapins soumis à l'action anesthésiante de la lumière bleue, et dont j'examinais des nerfs au microscope, démontrent comment une lésion physique peut être réversible.

En effet les altérations que l'on constate sur les prélèvements effectués pendant que l'animal subit depuis longtemps l'irra-

diation bleue, ne se constatent plus sur les prélèvements effectués après cessation de cette irradiation.

M. CODET (de Paris). — Je crois que l'on ne peut qu'être d'accord avec M. le P^r Henri Claude sur l'aptitude de l'hystérique à isoler et à fixer certains groupes de représentations ou d'activités fonctionnelles, aboutissant à la formation de ce que nous avons qualifié, avec Cénac, « d'enclaves psychiques ». De même, pour souligner l'action essentielle de l'émotion. Mais il me semble que l'on puisse aller plus loin dans leur interprétation, tant à la lumière des notions freudiennes qu'avec l'appui de la clinique psychiatrique.

Le rôle de l'émotion, considérée en général sous l'aspect d'émotion-choc apparaît comme très limité, alors qu'il paraît s'agir bien plus souvent de situations de conflit moral, de souffrances sentimentales, avec une part variable d'éléments conscients et inconscients.

C'est dans ce sens que l'on discerne dans le comportement de l'hystérique une continuité directrice, une véritable politique, qui permet de comprendre que chaque symptôme n'est pas un détraquement fortuit, mais possède une signification véritable.

J'en suis ainsi arrivé (1) à considérer le syndrome hystérique comme *un mode de réaction* contre une situation affective pénible, qui s'observe le plus souvent chez des êtres qui, à tort ou à raison, se sentent faibles en face de la réalité, ne pouvant pas lutter contre elle à armes égales ; sa fréquence chez les enfants, les femmes, certains débiles mentaux, les hommes devant une puissance insurmontable (soldats à la guerre, travailleurs sinistrés, etc.), sont un argument dans ce sens.

Dans tous ces cas, on retrouve le besoin d'intérêt affectif et de sécurité morale appuyé sur ce que j'avais appelé une véritable « revendication affective ».

C'est ainsi que l'on peut s'expliquer certains contrastes classiquement connus : l'anémotivité de beaucoup, opposée à leur hypersensibilité sur certains points ; leur indifférence à leurs troubles et même, souvent, leur satisfaction. De même peut-on mieux interpréter leur suggestibilité. Celle-ci n'est pas, suivant la précieuse définition de M. le P^r P. Janet, « la substitution de l'imitation intégrale au choix et à l'inhibition volontaires ». Tout au contraire elle est élective, le malade faisant alternativement preuve d'une docilité parfaite ou d'une contradiction inlas-

(1) Le problème actuel de l'Hystérie. *Evolution psychiatrique*, 1935, fasc. II.

sable, selon les besoins de sa politique affective inconsciente, et non, bien entendu, de son intérêt rationnel.

Par ces traits, schématiquement exposés, l'état hystérique m'apparaît comme une attitude réactionnelle, souvent épisodique dans le cours d'une existence.

Selon la disproportion entre la réalité traumatisante et les possibilités de tolérance, d'adaptation ou de résistance de l'individu, elle prend les aspects les plus divers, comme forme et comme intensité.

Il me paraît ainsi légitime d'envisager des états où existe une simple mentalité hystérique, sans simulation même de maladie organique, constituant une forme de caractère, ou créant déjà la mythomanie.

A un degré de plus, la tendance hystérique exploite des troubles réels en les accommodant à sa manière. La gestation, par exemple, avec des perturbations biologiques indiscutables, devient chez certaines, l'occasion de tout un déploiement hystérique.

Si certaines affections neurologiques sont de celles qui se prêtent le plus aisément à une imitation involontaire, au moins superficielle, il me semble que, bien souvent, les malades, dans ces cas, exploitent, même inconsciemment, telle aptitude ou particularité physiologique, préexistant chez eux. Que, même, en plus, un état affectif de malaise, d'anxiété, puisse déterminer ces perturbations vasculaires humorales, fonctionnellement neurologiques et matériellement existantes, qui sont à l'étude depuis quelques années, j'en suis convaincu. Je ne vois également aucune objection à ce qu'un état psychique donné puisse déclencher des modifications passagères ou durables dans tel système fonctionnel sous-cortical, qui devient un relais. Mais je pense que, au moins pour l'hystérie, la formule que réalise ce relais n'est pas une perturbation fortuite, diffuse, comme une simple libération de tous les automatismes sous-jacents, et que cette formule est conditionnée par le contenu même de l'état psychique, conscient et inconscient.

Dans ces conditions, il paraît compréhensible de constater la réaction clinique « hystérie » chez un sujet qui souffre d'un état pénible de n'importe quelle nature, qu'il ne peut dominer, et, surtout, qu'il ne peut pas clairement comprendre et définir en lui-même, ni faire comprendre à autrui.

Ainsi s'expliquerait la fréquence des états dépressifs s'accompagnant de manifestations hystériques.

Ainsi, de même, je crois que l'on peut interpréter les nombreux

cas de symptômes, non pas d'allure hystérique, mais réellement de nature hystérique, au début surtout, ou au cours de la schizophrénie. Ce serait la réaction, sous une forme infantile, d'un individu qui souffre confusément de la dissociation psychique commençante. Les malades, du reste, dans les premières périodes, expriment souvent leur inquiétude et leur conscience des troubles perçus dans leur personnalité. Il me semble, en somme, que la dissociation psychique de la schizophrénie est véritablement une maladie aux atteintes de laquelle, le malade, selon ses dispositions affectives, réagit ou non par des manifestations hystériques, sans qu'il y ait identité de structure entre les deux ordres de manifestations.

M. DIDE (de Toulouse). — Une attitude qui ne tend à rien moins qu'à élargir encore le cadre déjà débordant de la schizophrénie, ne comporte de la part des antagonistes ni effort de conciliation, ni éclectisme.

L'évidente analogie entre certains symptômes moteurs (sugestibilité motrice, catalepsie, catatonie, stéréotypie, itération verbale, etc...), si elle reposait sur une pathogénie spécifique, offrirait toute garantie ; malheureusement, alors que le neurologue hésite souvent entre des syndromes de localisation cérébrale évidents, il manque de critères objectifs lorsqu'il s'agit d'établir des rapports valables entre l'hystérie et la schizophrénie.

On admet également la nature neuro-végétative et extra-pyramidale des deux syndromes mentaux envisagés en raison de manifestations également voisines, telles que les pseudo-œdèmes, les acro-cyanoses, les purpuras, les névro-dermites, mais la vraisemblance de localisations fonctionnelles sympathiques et sous-optiques n'équivaut pas à une démonstration péremptoire.

Les lésions que j'ai signalées à ces niveaux chez de vieux hébéphréniques ne permettent pas d'affirmer au début autre chose que des troubles fonctionnels systématiques. Mais rien de semblable n'a été encore décelé dans l'hystérie. La doctrine intangible des expressions matérielles de toute l'énergie normale ou pathologique n'est pas en cause, mais cette affirmation de principe qui rompt la limite théorique entre les psychonévroses et les maladies lésionnelles ne suffit pas pour faire confondre dans une même catégorie toutes les maladies dont les signes initiaux ne sont pas encore rattachés à une lésion cytologique évidente.

L'épreuve thérapeutique apporte-t-elle aux partisans ou aux

adversaires d'une synthèse élargie des documents certains ? L'Ecole de Babinski réserve aux seules manifestations créées par la suggestion et curables par la persuasion, le nom de pithiatiques. Mais tous les neuro-psychiatres connaissent, sans l'expliquer, leur impuissance médicatrice devant certains symptômes tels que la contracture, par exemple. Si bien que l'antagonisme entre une hystérie curable et une schizophrénie incurable, perd de sa valeur schématique.

Si, d'ailleurs, on renverse le problème, l'hébéphrénique, dont les indifférences intellectuelles ne sont jamais primitives ni essentielles, guérit parfois brusquement de façon durable. Pareils résultats ont été enregistrés sous l'action des ondes courtes ou de chocs protéiques violents (armine, insuline), ou de médicaments épiléptogènes (cardiazol).

Si bien que la séméiologie, l'anatomo-clinique et même l'épreuve thérapeutique établissent des analogies, mais non une identité.

Dans un ouvrage récent, où je crois avoir rendu hommage aux grands précurseurs, il m'a semblé que la seule méthode propre à sortir de l'obscurité est la pathogénie évolutive et le comportement social des deux catégories morbides (1).

Le *schizophrène* apparaît de très bonne heure comme un être isolé de l'ambiance, ambivalent, autique. Le contact avec le monde extérieur est limité par la préoccupation obsédante de soi-même à laquelle succédera une hésitation pour la réalité et l'unité individuelle.

Voici déjà 15 ans qu'avec Guiraud nous avons qualifié d'athymormie le défaut d'élan de l'âme viscérale vers la conscience. Cette pathogénie, que nous avons la satisfaction de voir admise par Kretschmer, se réalise aux environs de la puberté et conduit à une pensée sans support effectif de l'inconscient et sans appétit pour l'ambiance.

Passons à l'hystérique qu'il ne faut amputer ni de la simulation voulue, ni de l'amoralisme : à la mythomanie se rattache le mensonge conscient par d'insensibles termes de passage ; du défaut de maturité instinctive découle l'amoralisme.

L'antithèse du comportement est saisissante : l'hébéphrénique extra-social s'isole du monde extérieur et recherche une réalité intérieure qui lui échappe de plus en plus ; sa personnalité, d'abord exagérée, hostile, agressive, devient hésitante, illu-

(1) Maurice DIDE. — *L'hystérie et l'évolution humaine*, 1 vol., Flammarion, 1935.

soire, négative. Elle n'est ni modifiable, ni réductible et ne s'exprime périodiquement que par raptus impulsifs. Ses attitudes catatoniques elles-mêmes ne sont comparables à la suggestibilité que par l'aspect extérieur du phénomène. Le membre reste dans l'attitude où on l'a placé, non par acceptation d'une volonté étrangère, mais par inaptitude à modifier un comportement passif.

Au contraire, l'hystérique base sa conduite sur le besoin de vivre en collectivité sans les possibilités instinctives normales. Sexuellement et affectivement infantile, cet anormal réagit comme les enfants : il imagine approximativement ce qu'il voudrait savoir, il ment pour éviter les réprimandes que lui valent ses erreurs. Très malléable, il accepte les suggestions de quiconque lui donne l'impression de force et d'autorité, celles-ci fussent-elles orientées vers les buts les plus amoraux. Mal armé pour la lutte, l'hystérique se défendra par *l'utilisation de la maladie* qui lui évitera parfois le service militaire, la responsabilité pénale de ses actes, ou lui ouvre les portes de l'hôpital ou de l'asile lorsque tout autre moyen d'existence a échoué.

Le point de vue onto-psycho-génétique nous apparaît donc offrir un utile critérium de différenciation entre les deux formes morbides rapprochées. Les succès incomplets offerts par la thérapeutique confirment notre point de vue et nous connaissons des hébéphréniques traités par l'insuline dont les tares ont rétro-cédé pour ne laisser qu'un état d'infantilisme hystériforme.

Après avoir admis qu'il existe entre toutes les maladies mentales des termes de passage que la nosographie catalogue et que la thérapeutique réalise expérimentalement, on devra tenter d'établir, grâce à la méthode onto-psycho-génétique, de rattacher les diverses formes mentales à leur équivalent dans le développement anthropologique. Le dément intellectuel se rapproche de l'idiot, le schizophrène, malgré ses aptitudes pragmatiques normales, reste incapable de prendre son expansion sociale par concentration progressive de sa personnalité ; l'hystérique a pris son plein développement jusqu'à la puberté, laquelle ne lui a pas apporté le besoin d'aimer et de souffrir par lui-même ; il demeure un reflet du monde extérieur dont il se défend par mimétisme. Si l'on veut bien admettre et puis approfondir ces quelques principes de psychologie pratique, on verra se dissiper les brumes qui donnent à l'hystérie son aspect mystérieux et l'on comprendra sans peine les épisodes hystériformes survenant exceptionnellement chez des individus à qui l'angoisse a restitué pour quelque temps un comportement infantile.

M. GUIRAUD (de Paris). — L'importante question de l'hystérie méritait d'être reprise devant notre Société. Les hystériques sont observés moins par nous que par les neurologistes et cependant de l'aveu de ces derniers il s'agit d'une affection essentiellement mentale ou au moins d'une affection qui doit être étudiée avec la méthode et l'esprit psychiatrique. Il faut avoir la franchise de reconnaître que certains principes de recherche classiques jusqu'aujourd'hui sont devenus improductifs. On ne peut plus admettre qu'il y a un abîme entre les maladies dites organiques et celles dites fonctionnelles ; cette distinction, admissible pour différencier l'hémiplégie par hémorragie ou ramollissement de l'hémiplégie hystérique n'a plus de valeur quand on compare cette dernière à des symptômes variables transitoires résultant cependant de l'action d'une cause exogène sur les centres nerveux. Des notions telles que la suggestion ou l'auto-suggestion n'ont aucun sens précis, le rôle médiateur ou immédiat des facteurs émotifs ne semble pas pouvoir être nié. Une définition qui doit faire appel à des notions telles que l'instantanéité de la guérison, qui n'est pas capable de différencier l'hystérie de la simulation, chose essentielle en pratique, ne peut pas être donnée comme une acquisition définitive.

Les recherches physiopathologiques récentes présentent un intérêt particulier en apportant des résultats que le malade est incapable de modifier par la volonté. Les données de Nyssen et celles de Marinesco sur le réflexe psycho-galvanique et sur les réactions vasomotrices réflexes dans l'analgésie hystérique nous font craindre que l'affirmation de l'origine suggestive de ces anesthésies soit exagérée.

Pour en revenir aux rapports entre l'hystérie et la schizophrénie, je crois, avec le professeur Claude, qu'on trouve de nombreuses ressemblances entre les symptômes des deux affections. Souvent, dès le début de la schizophrénie, on constate des phénomènes de réaction hystérique, car, à mon avis, l'hystérie est plutôt un mode de réaction pathologique qu'une véritable maladie. Beaucoup d'auteurs, dont nous sommes, ont décrit une variété hystériforme de début de la démence précoce. Les phénomènes de « fixation » dans l'hystérie sur lesquels le professeur Claude insiste depuis 1907, ressemblent beaucoup aux symptômes de « fixation invariable » que j'ai étudiés récemment dans les stéréotypies schizophréniques.

Enfin, j'ai été particulièrement heureux d'entendre affirmer par le professeur Krestschmer que l'essentiel de la schizophrénie est une perte de la vitalité. C'est le point de vue que nous sou-

tenons avec Dide depuis 1921. Nous avons même proposé pour souligner ce fléchissement essentiel de l'élan vital instinctivo-affectif, de désigner la maladie sous le nom d'athymhormie.

M. COURBON (de Paris). — En nous proposant de comparer l'hystérie à la schizophrénie, ce qui de prime abord peut paraître limiter le débat, le rapporteur a au contraire restitué au point de vue psychiatrique, l'importance qu'il mérite, dans l'examen d'un problème qui, en France du moins, n'était depuis de nombreuses années, guère étudié que du point de vue neurologique. N'est-ce pas en effet dans les données de la psychologie normale et surtout pathologique, qu'il faille chercher l'éclaircissement de la production de troubles qualifiés pithiatiques ? Aussi voudrais-je, tout d'abord, féliciter le professeur Claude d'avoir apporté cette éternelle question de l'hystérie devant la Société Médico-psychologique qui a été heureuse d'inviter les membres de la Société de Neurologie à venir participer à la discussion. La collaboration des deux disciplines psychiatrique et neurologique est indispensable en effet, pour la compréhension de maints phénomènes de pathologie ou de physiologie nerveuses, comme ceux de l'hystérie que l'on discute aujourd'hui dans cette séance, comme ceux de la douleur qui ont été discutés il y a quelques jours devant la Réunion neurologique internationale.

Dans la communication qui suit, j'expose les raisons et la mesure de mon adhésion, aux conclusions du rapporteur. Je veux simplement ici apporter l'adhésion posthume d'un auteur cité tout à l'heure par M. Marinesco dont les premiers travaux sur la question datent de 1894. Sollier, à la fin de sa vie, considérait l'hystérie moins comme une maladie, que comme une tendance du système nerveux à persister exagérément dans les états où l'ont mis diverses influences en vertu d'une inertie matérielle. Loin de nier la part du psychisme dans la persistance des troubles, il la précisait distinguant le psychologique et le moral. La guérison d'une maladie quelconque, est sous la dépendance du moral, c'est-à-dire du zèle avec lequel le malade veut, et fait tout pour guérir ; ce n'est pas une raison pour dire que toutes les maladies sont de nature psychique.

Il eût été particulièrement heureux, lui, dont la théorie physiologique de l'hystérie fut combattue au nom du pithiatisme, d'entendre aujourd'hui l'un des plus brillants protagonistes du pithiatisme, mon ami Baruk, conclure que, malgré son apparence volontaire, le syndrome hystérique est la *conséquence de perturbations physiologiques du système nerveux*.

Accident hystérique et substratum mental,
par M. le Professeur Jules FROMENT (de Lyon).

Les accidents pithiatiques peuvent, à n'en pas douter, déceler un fond mental, qu'il s'agisse de débilité mentale ou de démence précoce à son début. BABINSKI eut bien garde de le méconnaître.

N'avions-nous pas écrit avec BABINSKI dans « Hystérie-pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe » (2^e édition, p. 202, en note) : « *Les tares mentales sont assez communes dans les cas où les désordres hystériques surgissent pour ainsi dire à l'état sporadique. Quand ils se développent au contraire à l'état épidémique, les troubles mentaux, à proprement parler, font souvent défaut : il s'agit alors d'une simple contagion, susceptible d'atteindre un grand nombre d'individus d'un équilibre psychique moyen. Lorsqu'on a affaire à des cas sporadiques et qu'il n'a pas existé d'épine organique, bien que le rôle de l'imitation ne soit pas exclu, la participation active, l'apport du malade dans la genèse des troubles hystériques, est beaucoup plus important et témoigne d'une mentalité anormale. Ces troubles peuvent être le premier indice d'un déséquilibre psychique grave. Ce sont évidemment ces associations hystéro-mentales qui ont donné naissance autrefois à la conception de la démence hystérique que tous les neurologistes et tous les aliénistes tiennent aujourd'hui pour erronée.* »

Mais si BABINSKI mettait en cause le fond mental dans des cas bien déterminés, nombre de psychiatres l'incriminent systématiquement.

Qu'entend-on au juste par là ? Veut-on dire que tout sujet ayant présenté un accident hystérique, aura nécessairement en tout comportement de mental, ou veut-on simplement laisser entendre que pour faire un tel accident et s'y fixer, il faut mentalité assez spéciale. Il le faut, certes, comme il faut à l'enfant mentalité spéciale pour faire un caprice.

Si l'on attribuait systématiquement fond mental à tout sujet atteint de cet accident nerveux déraisonnable qu'est l'accident pithiatique, ne devrait-on pas mettre résolument à part l'adolescent dont la mentalité de grand enfant trop bien se prête à la tragi-comédie de l'accident hystérique ? Ne faudrait-il pas encore exclure du débat tous ces adultes qui — sans être des mentaux — transitoirement cèdent à ces desiderata de grand enfant qui, chez toute femme, soudain surgissent du tréfond de

l'être et non moins chez cet être demi-déraisonnable que, vie durant, demeure tout homme.

Où commence le vrai mental ? Où finit le normal ? Du normal doit-on faire une abstraction qui jamais ne connaît ni baisse psychologique, ni laisser-aller, ni tendance au bluff et à l'exploitation ? Ce normal où est-il ?

Peut-on vraiment attribuer fond mental à un sujet qui, avant l'accident en litige, a eu comportement rigoureusement normal et qui l'a retrouvé instantanément et au moment même où il venait solliciter la prise en considération d'accidents nerveux impressionnants, et ceci parce qu'un psychothérapeute habile l'a, comme il convient, mis en demeure d'instantanément revenir à la norme. Y a-t-il en dehors de l'accident hystérique-pithiatique un autre état mental que le psychiatre puisse ainsi guérir par ultimatum, au jour et à l'heure choisis par lui ? S'il en est, quels sont-ils ?

Tenir pour mental — parce qu'il a fait une cécité pithiatique — ce jeune homme de milieu aisé, âgé de 18 ans, guéri par nous de sa cécité en une heure de temps en 1920, et qui a mené depuis vie active et rigoureusement normale, n'est-ce pas pure pétition de principes ?

Pétition de principes encore, le fait de tenir pour mentale une jeune fille de 17 ans, guérie complètement et définitivement en moins d'une heure d'une paraplégie compliquée de crises convulsives, sans torpillage aucun — qui, trois semaines après, passait son premier baccalauréat, l'autre depuis et qui maintenant prépare l'Ecole de Sèvres. Un peu de ténacité, d'autorité, appuyée de deux ou trois claques ont fait ce miracle : ces dernières n'étaient destinées qu'à bien faire comprendre à l'intéressée qu'en dépit de sa prestance et de son âge légal on se refusait à la prendre au sérieux.

Pétition de principes encore, le fait de tenir pour mentaux cinq autres paraplégiques guéris en deux heures de temps sans torpillage aucun. L'une d'elles ne fut-elle pas revue plus de 10 ans après, accompagnant l'un des siens malade : depuis sa guérison, elle avait mené vie rigoureusement normale.

En dehors de l'accident pithiatique, l'hystérie n'est-elle pas, comme le disait BABINSKI, « pure abstraction » ?

CODET, dans la monographie intitulée : « Le problème de l'Hystérie » (1), s'attache à définir la mentalité hystérique. Il parle « de politique »..., « d'appétit impérieux d'être un cen-

(1) CODET. — Le problème de l'Hystérie. *L'Evolution psychiatrique*, 1936.

tre »..., « d'attitude spectaculaire »..., « d'allure ostentatoire teintée de chantage »..., « de maladie plaidoirie »... Si le sujet en cause, sa vie durant, garde mentalité de cet ordre, il doit à n'en pas douter être tenu pour anormal, pour mental. Mais si ce n'est là que mentalité épisodique, rapidement et aisément redressée, ne doit-on pas sans plus, conclure à une de ces conséquences, à une de ces déraisons dont le *normal d'équilibre moyen*, non plus que nombre de prétendus surhommes, ne s'avèrent guère exempts.

Mais les divergences entre neurologistes et psychiatres ne tiennent-elles pas à ce que les uns n'observent pas les mêmes accidents hystériques que les autres. Le seul « Hystérique que voit le neurologue est l'Hystérique occasionnel, l'Hystérique amateur, alors que celui auquel pense toujours le psychiatre est le récidiviste, l'Hystérique professionnel. Ce dernier — maintenant que, l'accident hystérique n'étant plus cultivé, le resquilleur n'y trouve plus ses avantages — est presque toujours association hystéro-mentale. S'ils n'étaient pas avant tout des mentaux, comment expliquerait-on d'ailleurs la présence de tels sujets dans des asiles spéciaux ?

Tenir *à priori* pour mental tout sujet présentant un accident hystérique (même sans le lui dire), n'est-ce pas inconsciemment risquer de se comporter de telle manière qu'on l'incite à de nouveaux laisser-aller, générateurs de nouveaux accidents hystériques ? Le tenir, au contraire, pour normal sous bénéfice d'inventaire, en se hâtant après victoire de n'en plus parler et de passer l'éponge, n'est-ce pas au contraire la manière la plus expédiente d'y mettre point final ?

En définitive, *l'accident pithiatique peut tout aussi bien se voir chez un mental caractérisé que chez l'homme « d'équilibre moyen », que chez l'adolescent, le grand enfant. S'il est isolé et s'il guérit complètement par attaque brusquée, il ne permet nullement de préjuger à lui seul d'un état mental vraiment anormal, bien qu'il puisse toujours témoigner d'une association hystéro-mentale (1).*

(1) Voir, pour tout ce qui a trait aux discussions sur l'Hystérie, J. FROMENT : L'accident hystérique-pithiatique et la physio-pathologie dite hystérique. *Revue Neurologique*, février 1937, pp. 153 à 195.

Hystérie, schizophrénie, pithiatisme et simulation,
par M. Paul COURBON.

Il convient de bien définir et décrire la matière dont on parle, les mots hystérie et schizophrénie ayant été employés dans des sens les plus divers.

L'hystérie dont je parle, est l'état qui correspond aux définitions qu'en ont données chacun de leur côté, Sollier et Claude, état pouvant coexister avec le pithiatisme et la simulation, mais ayant une autre nature qu'eux. M. Claude, la définit « La capacité pour certains sujets d'isoler et de fixer certaines manifestations des activités motrices, sensibles ou psychiques en dehors de toute activité volontaire et consciente pour aboutir à des manifestations infiniment variées et qui n'ont qu'un caractère transitoire ». Sollier, dans son *Traité de Neurologie de Guerre* la définissait « Un trouble physiologique résultant d'une tendance spéciale, constitutionnelle ou acquise du système nerveux, à conserver les attitudes mentales ou physiques dans lesquelles le sujet se trouvait lorsqu'il a subi une émotion, un traumatisme ou une maladie ». On peut résumer ces deux définitions dans la formule plus concise que voici : « L'hystérie, c'est l'aptitude à conserver ou à reproduire les attitudes physiques ou mentales infligées par les émotions, les traumatismes ou les maladies ». L'addition du mot reproduire évoque les cas de dédoublement de la personnalité décrits par Pierre Janet et dont la guerre a donné de nombreux exemples comme nous l'avons montré, M. Laignel-Lavastine et moi devant la Société Médico-Psychologique.

Ce qu'il importe de noter pour faciliter la comparaison entre l'hystérie et la schizophrénie, c'est que la conservation et la reviviscence des attitudes, qui ne sont plus opportunes, correspondent à une perte de contact du sujet avec la réalité actuelle.

La définition de la schizophrénie a été excellemment résumée par M. Minkowski dans ces mots « La schizophrénie est la perte du contact vital avec la réalité ».

Tandis que dans l'hystérie la perte du contact avec la réalité est limitée à la sphère de la maladie, elle est totale dans la schizophrénie. L'hystérique continue à vivre avec cohérence, un passé, qui n'est plus, mais qu'en raison de la plasticité de son système nerveux, reste présent pour lui. Le schizophrène vit sans cohérence un rêve sans logique, qu'une plasticité analogue du système nerveux entretient pour lui seul. Il est autistique.

L'hystérique donne à l'entourage l'aspect d'un distrait qui néanmoins s'adapte parfaitement à la vie sociale. Le schizophrène donne à l'entourage l'aspect d'un fou complètement inadapté à la vie sociale.

On hospitalise l'hystérique en raison de son normomorphisme dans les hôpitaux, aussi est-il mieux connu des neurologistes que des aliénistes. On enferme le schizophrène en raison de son apparence insensée dans les asiles, aussi est-il mieux connu des aliénistes que des neurologistes.

La coupure de l'hystérique à l'égard de la réalité est circonscrite au domaine du fonctionnement de ceux de ses organes qui sont malades. Il les oublie et supporte son infirmité avec une indifférence que Chaslin, après bien d'autres médecins, a signalée.

Mais dans tous les autres domaines il adhère très bien à la réalité. Il a des affections et des haines justifiées. Il sait admirablement bien s'attirer la sympathie d'autrui. Il a un sens de l'opportunité si développé qu'on le traite de comédien, de simulateur. Il est syntone.

La coupure du schizophrène à l'égard de la réalité est absolue. Il a une cécité complète pour elle. Son affectivité est nulle ou inopportune comme l'expriment les nuances qualificatives de Bleuler : ambivalence, parathymie, adiadococinésie affective, autisme. Il manque de vibration affective, dit fort bien Minkowski. Il est autiste.

Comparons deux de mes malades, ayant chacun une forme fruste : une hystérique qui a eu jadis des crises, des contractures et qui aujourd'hui est simplement sujette à des vertiges, des surdités et des anesthésies après des émotions ; un schizophrène que j'ai présenté ici à la séance de mars dernier, dont les troubles étaient si discrets que personne ne voulut admettre le diagnostic que Dupouy et moi avions porté, mais diagnostic qui a été confirmé depuis par Heuyer et Xavier Abély qui ont signé ses certificats de réinternement, par Charles Blondel, Minkowski, Raynaud et tous ceux qui vinrent longuement l'examiner dans mon service. L'hystérique continue sa vie mondaine, entretenant, malgré ses infirmités intermittentes, les plus belles relations, se rendant serviable, et sachant à merveille, malgré le déclin de l'âge, utiliser les vieux dévouements et en susciter de jeunes. Le schizophrène, auprès duquel s'empressèrent les infirmiers, fiers d'un ouvrier qui, par son autodidactisme avait acquis un si grand prestige, manqua tellement de vibration affective que sa politesse glaciale finit par rebuter tout le monde : l'hypomaniaque son voisin, suppliait qu'on le plaçât loin d'un savant aussi glacial.

En résumé l'hystérique est coupé scotomiquement *dans* la réalité ; le schizophrène est coupé globalement *de* la réalité. La ressemblance entre l'hystérie et la schizophrénie se résume en un manque de réaction adaptative, en une persévération des effets de l'agression extérieure dans l'hystérie, et en une persévération des impulsions autistiques dans la schizophrénie. La conduite dans les deux cas est si différente qu'aucune identité de nature, n'est admissible entre les deux états.

Quant à la folie hystérique, on ne peut pas dire qu'elle existe. Mais un hystérique peut être atteint de n'importe quelle psychose. Alors, parmi les signes de celle-ci s'intercale le syndrome de la persévération ou de la reviviscence des attitudes mentales émotionnelles, traumatiques ou morbides. Par exemple, les bouffées délirantes polymorphes ont chez l'hystérique le même polymorphisme que chez les déséquilibrés, mais avec l'addition d'un onirisme par lequel le sujet revit une tranche de sa vie passée, avec l'addition d'une régression de la personnalité, peut-on dire.

La folie schizophrénique est très fréquente. Beaucoup de psychiatres lui intègrent la démence précoce. Et, de fait, elle aboutit très souvent à la démence.

Si les anciens aliénistes qualifiaient folie hystérique ce qui n'est en réalité que folie schizophrénique, c'est à cause de l'association fréquente, aussi bien aux troubles mentaux de l'hystérie qu'aux troubles mentaux de la schizophrénie, des mêmes syndromes neurologiques paradoxaux.

Ce sont ces syndromes neurologiques paradoxaux qui sont matière à la divergence passionnée des auteurs sur la nature de l'hystérie, les uns les considérant comme des créations de l'imagination, comme les artifices d'une simulation plus ou moins consciente, les autres, au contraire, les considérant comme l'expression d'une modification réelle de la substance nerveuse.

Ces syndromes consistent en akinésies, parakinésies, tremblements, déformations flasques ou spasmodiques, algies, anesthésies, déficiences sensorielles variées.

Tous, ils ont les caractères paradoxaux que voici : ils sont réversibles, c'est-à-dire stables et labiles à la fois, pouvant, après avoir duré des mois ou des années, céder brusquement sans cause identifiable pour réapparaître de même et persister plus ou moins longtemps.

Ils s'apparentent aux actes volontaires, à certain point de vue notamment à celui de la courbe myographique que MM. Claude, Baruk et Thévenard ont montrée être la même sur la contracture d'un hystérique ou d'un schizophrène que sur la contraction

d'un sujet normal. A d'autres points de vue ils s'en éloignent, car tout le monde ne peut pas les reproduire.

Certains auteurs estiment que ces caractères paradoxaux suffisent à prouver la nature imaginaire de ces syndromes neurologiques, et pour eux c'est la volonté consciente ou inconsciente du sujet qui les réalise de toutes pièces. Ils ajoutent, comme autres arguments, le fait que ces syndromes neurologiques sont dépourvus des signes classiques des lésions organiques : troubles objectifs de la trophicité, de la vasomotricité, de la réflexivité, de la syncinésie. Leur conclusion est que l'hystérie n'est autre chose que le pithiatisme.

D'autres auteurs, au contraire, estiment que, malgré leurs caractères paradoxaux, ces syndromes neurologiques ont une base physique. Cette base n'est évidemment pas la lésion, puisqu'ils sont réversibles. Mais la lésion n'est pas l'unique modification physique de l'organisme. Et ces auteurs s'appuient sur les arguments suivants :

La permanence de ces syndromes neurologiques qui peuvent durer indéfiniment sans se relâcher ; l'absence de tout signe d'effort et de fatigue constatable sur le sujet, même quand il s'agit de maintenir des attitudes ou des mouvements épuisants, comme la contracture et le tremblement ; l'impossibilité pour l'homme normal de réaliser les déformations parfois extravagantes ; les altérations de la chronaxie que Bourguignon a, dans les contractures de l'hystérie et de la schizophrénie, trouvée différente de ce qu'elle est dans la contraction de l'homme normal. Tous ces faits échappent à la réalisation d'une volonté consciente ou non-consciente.

Ces auteurs voient dans la labilité de tels syndromes l'expression d'une modification dynamique du système nerveux qui peut aboutir à la longue à la production d'une lésion organique véritable : atrophie musculaire, rétraction tendineuse, troubles vasomoteurs, sécrétoires, oscillographiques, thermiques. Pour l'hystérique, plusieurs auteurs l'ont montré, dont MM. Claude et Lhermitte. Pour le schizophrène, il en est de même. La schizophrène que j'ai présentée ici il y a un an (12 mars 1936) et qui depuis des années vivait la tête en bas, pelotonnée dans l'attitude fœtale, avait fini par avoir des rétractions.

La récupération d'une activité fonctionnelle normale est possible sous l'influence d'une excitation nouvelle, tant que la lésion ne s'est pas installée. Plus tard, l'ampleur de cette récupération est proportionnée aux progrès faits par la lésion. Ma schizophrène était capable de se dépelotonner pour lancer des coups

de poing, mais d'années en années la portée de la détente était de plus en plus bridée par les progrès de la rétraction.

Personnellement, je trouve convaincants les arguments des auteurs qui, avec Sollier, Claude, Marinesco, Pawlow, Van Bogaert et tant d'autres, voient dans les troubles neurologiques de l'hystérie et de la schizophrénie autre chose que des créations imaginaires. Pour renforcer leur démonstration, je voudrais terminer par une opposition entre, d'une part, l'hystérie et la schizophrénie, états à substratum physique anormal, d'autre part, le pithiatisme et la simulation, états purement psychologiques.

Dans le pithiatisme et la simulation, il y a œuvre imaginative avec artifice, il y a *reproduction mimée de la représentation* que le sujet se fait de l'invalidité dont il croit ou dont il veut faire croire qu'il est atteint. La valeur de cette reproduction mimée est fonction, d'une part, de l'exactitude de la représentation que le sujet se fait de l'invalidité réelle, d'autre part, de la maîtrise avec laquelle il modèle son corps. Le pithiatique et le simulateur font effort, l'un inconsciemment, l'autre consciemment. Comme tous les gens qui font effort, ils se fatiguent, interrompant ou déformant le syndrome. Il est relativement aisé de surprendre leurs défaillances.

Dans l'hystérie et dans la schizophrénie, il n'y a aucun artifice, il y a *production immédiate* des troubles par persévération naturelle des excitations ou des inhibitions *par inertie d'un système nerveux anormalement plastique*. Cette plasticité anormale (expression métaphorique employée par Sollier), conditionne la possibilité pour une inactivité fonctionnelle d'aboutir à la production de troubles physiques, ce qui n'arrive pas quand, au lieu d'être plastiquement inerte, le système nerveux possède l'aptitude réactionnelle normale. A l'enlèvement du plâtre qui les a immobilisés pendant le même temps, le membre de l'homme normal a gardé son volume et sa souplesse, celui de l'hystérique les a perdus.

Bien que l'hystérie et la schizophrénie soient d'une nature différente de celle du pithiatisme et de la simulation, celui-ci ou celle-là peuvent coexister avec l'une ou l'autre d'elles, surtout avec la première. La fréquence de ces coexistences obscurcit la question dont l'exposé schématique est clair. L'obscurcissement est plus grand quand une psychose étrangère, une mélancolie, par exemple, atteignant un hystérique, se complique d'un trouble neurologique paradoxal.

Pour le pithiatisme, mot médical de la suggestibilité, il im-

porte de remarquer que les conditions psychologiques de son existence sont très diverses, car, à côté des insuffisances permanentes du jugement qui correspondent à la débilité mentale constitutionnelle et à l'affaiblissement intellectuel acquis, il y a des insuffisances temporaires qui correspondent à son aveuglement sous une poussée affective. Si les gens de peu d'intelligence sont toujours et pour tout suggestibles, les gens de grande intelligence peuvent l'être, quand leur intérêt est en jeu. L'œuvre immortelle de Babinski aura été de montrer et de conjurer ces dangers sur les malades et sur les médecins, suggestibilité qui peut frapper, à un moment donné, tous les âges et tous les sexes. C'est assez pour avoir mérité la reconnaissance de l'humanité.

Faut-il, comme le propose notre éminent et brillant confrère, le professeur Froment, qui fut le digne collaborateur de Babinski, supprimer le mot *hystérie*, et en trouver un autre pour désigner les états auxquels on l'applique ? On ne se mettrait pas d'accord sur ce nouveau vocable et ce changement ne dissiperait guère le mystère des influences réciproques du physique et du psychique, influences dont le cercle vicieux se referme chaque fois qu'on croit l'avoir ouvert. Témoin la dernière expérience sur l'anesthésie hystérique, rapportée par Boisseau à la dernière séance de la Société de Neurologie, et qui, à quelques mois d'intervalle, semble démentir celle de Tincl, en montrant que le simulateur d'une analgésie ne peut pas être dépisté par l'oscillographie artérielle.

La séance est levée à 12 h. 30.

Le secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

DEUXIÈME SEANCE

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

DEUXIÈME RAPPORT

Les troubles endocriniens dans les états d'excitation,
par M. Jean TUSQUES (de Saint-Venant).

RÉSUMÉ (1). — Le rapporteur s'excuse ou tout au moins se justifie, de n'apporter ici aucun travail original. « Sa jeune expérience, dit-il, dans la recherche psychiatrique ne lui aurait permis de présenter que les résultats hâtifs de travaux trop rapides, qui n'auraient pu que contribuer à obscurcir un problème déjà si complexe par des faits mal établis et des conclusions précipitées. Et puis, peut-être est-il préférable, en l'occurrence, qu'une mise au point soit tentée par quelqu'un qui n'a aucune publication à défendre sur cette question. » Il s'est efforcé, dans l'élaboration du rapport « d'oublier qu'il était un des plus jeunes des membres correspondants de la Société, afin que l'examen critique aussi objectif que possible auquel il se livrait ne fût pas troublé par le souci de ménager d'éventuelles susceptibilités. Il est convaincu que cette attitude ne peut être que conforme à l'esprit de cette Société dont la constante préoccupation est la recherche collective de la vérité scientifique.

« Il est certainement préférable de réserver le plus de temps possible à la discussion ; aussi se borne-t-il à rappeler les conclusions de son rapport, puisqu'aussi bien le texte intégral en est paru dans le dernier numéro des *Annales Médico-Psychologiques* ».

1° L'existence de troubles endocriniens dans les états d'excitation maniaque n'est établie que dans un très petit nombre de cas.

2° En aucun cas, on n'a établi le déterminisme hormonal d'un état d'excitation maniaque.

(1) Ce rapport a été publié dans le numéro de juin 1937 (page 15) des *Annales Médico-Psychologiques*.

3° Il est nécessaire pour la recherche de troubles endocriniens dans les états maniaques :

a) de ne pas considérer « la psychose maniaque-dépressive » (ou des entités pratiquement équivalentes), mais tel ou tel cas de manie, car l'observation courante montre que ce qu'il est classique d'appeler psychose maniaque-dépressive groupe des états d'étiologie très diverse ;

b) de procéder à des bilans endocriniens et non pas à l'étude du fonctionnement d'une glande.

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY (de Paris). — Le très remarquable rapport de M. Tusques nous a tout particulièrement intéressés. Il traite en effet d'un sujet qui nous tient spécialement à cœur.

Il nous cite maintes fois et il discute les travaux que nous poursuivons depuis 7 ans.

S'il est d'usage de critiquer un rapport, disons tout de suite que nos critiques s'adressent beaucoup moins à M. Tusques, qu'à la documentation qu'il énumère. Lui-même, dès le début de son exposé, a tenu à signaler qu'il ne s'agissait pas d'un travail original, mais d'une mise au point.

Cependant, il émet, comme il se doit, des considérations personnelles que nous allons discuter brièvement en même temps que l'historique des recherches, qui constitue la partie la plus importante de son rapport.

Tout d'abord, puisque nous sommes avant tout des psychiatres, il faut bien s'entendre sur le cadre nosographique de nos recherches.

Le terme « d'états d'excitation » nous plaît très incomplètement. Il risque en effet de disperser le problème et de le rendre très confus du fait que l'on retrouve dans presque toutes les psychoses, d'une façon plus ou moins continue ou épisodique, des états d'excitation, aussi bien au cours des lésions organiques les plus nettes telles que la Paralyse générale, que parmi les troubles délirants ou affectifs et presque tous les syndromes mentaux.

Autant vaudrait alors parler des troubles endocriniens dans toutes les maladies mentales. Aussi, dès maintenant, ne sommes-nous plus parfaitement d'accord avec M. Tusques. Nous connaissons comme lui les manies symptomatiques ; nous nous sommes toujours méfiés de ceux qui étiquettent hâtivement « psychose intermittente » des accès pathologiques à répétition. Ces états intermittents sont aussi largement symptomati-

qués de nombreuses formes morbides, que les accès maniaques eux-mêmes ; on les retrouve dans la démence précoce, dans de multiples bouffées délirantes, chez tous les déséquilibrés de l'émotivité, chez beaucoup d'intoxiqués par voie endogène ou exogène, et en somme, toutes les maladies mentales peuvent présenter un rythme intermittent.

Mais jusqu'à preuve du contraire, nous considérons comme parfaitement autonome la psychose maniaque dépressive.

Nous avons d'ailleurs signalé, dès nos premiers travaux, qu'elle est beaucoup moins fréquente qu'on ne le suppose, qu'il ne faut l'affirmer qu'avec un maximum de certitude et au cours de nos recherches nous ne nous sommes adressés qu'à des malades pour qui l'évolution des troubles morbides, la notion d'accès de formule opposée (mélancolique et maniaque), la brusquerie du début, l'intégrité suffisante des périodes intercalaires, permettaient d'affirmer ce diagnostic avec une sécurité optimale.

« Des entités pratiquement équivalentes » dont parle M. Tusques nous n'avons retenu que de très rares cas de délires aigus de revendication fortement liés à l'excitation intellectuelle sous-jacente et alternant avec des accès francs. Nous avons écarté formellement les équivalents obsessionnels, l'agitation anxieuse, tout ce qui pouvait prêter à une double interprétation.

Nos travaux se trouvaient déjà très limités. D'ailleurs cette limite n'a été choisie par nous que tardivement. Car, contrairement à ce que suppose le rapporteur, nos premières recherches de 1930 ont été simplement conduites par une orientation très vaste : celle de l'étude de la réaction de Zondek dans les maladies mentales en général. C'est le hasard qui nous a fait remarquer que cette réaction était fréquemment positive dans les seuls cas relevant de la psychose maniaque dépressive. Nos travaux devinrent alors plus électifs. Nous nous sommes bornés depuis à accumuler des coïncidences à la faveur de méthodes diverses, mais sans jamais affirmer des conclusions absolues et surtout en évitant de nous lancer dans des considérations étiologiques plus ou moins imaginatives.

Il est exact en revanche, que nous avons tenté de rechercher la possibilité de faire un diagnostic différentiel par l'examen des « glandes ». Nous nous sommes aventurés dans cette voie très accessoirement et avec le maximum de prudence. M. Tusques nous fait à ce sujet des reproches un peu injustifiés. Je suppose qu'il est tout de même permis de tenter d'apporter quelques éléments nouveaux à propos des faits que la clinique seule s'est montrée jusqu'à présent incapable d'éclaircir ; et si ces tenta-

tives se montrent nulles ou incertaines, elles gardent tout de même le mérite d'avoir été essayées et non la tache indélébile d'avoir été osées.

En concluant, le rapporteur ajoute : « En aucun cas, on n'a établi le déterminisme hormonal d'un état d'excitation maniaque ». C'est exact. Mais cependant, depuis très longtemps, depuis que la psychose maniaque dépressive existe (c'est elle seule qui nous intéresse ici), de très nombreux auteurs ont noté des coïncidences endocrinologiques élémentaires. Cette psychose débute, apparaît ou récidive surtout aux périodes « glandulaires » de la vie : à la puberté, à la ménopause, à la menstruation (arrêt très fréquent des règles), au cours des états de grossesse et de divers événements gynécologiques ou glandulaires (chirurgicaux) et il est à remarquer que dans le cadre actuel de notre nosographie psychiatrique, c'est la seule psychose qui peut débiter indifféremment à la puberté ou à la ménopause.

Venons maintenant à la critique des méthodes que nous avons utilisées. Reconnaissons que la plupart sont encore très discutées.

Je suis d'accord avec M. Tusques pour éliminer définitivement la pratique interférométrique.

L'étude de l'angle d'impédance et de la résistance électrique, qui dépend elle aussi de nombreuses conditions extérieures, n'a retenu que passagèrement notre attention. Récemment nous avons dit ce que nous pensions du brome sanguin et de son dosage.

Nous croyons avoir passé au crible de l'esprit critique l'interprétation de tous nos résultats.

Nous gardons en revanche une confiance beaucoup plus grande dans la réaction de Zondek et Ascheim et dans celle des mélanophores.

A la première, on nous a opposé des résultats contradictoires. Cependant, parmi les auteurs qui discutent ainsi nos conclusions, aucun n'a utilisé le contrôle histologique sur lequel Zondek insiste tout particulièrement. Aussi, en l'occurrence restons-nous sur nos positions. L'avenir nous départagera.

Notons à propos de cette réaction que nous fûmes les premiers à l'expérimenter en psychiatrie et que dans le même temps, alors que Zondek ignorait totalement nos recherches, il signalait le rôle de l'hypophyse dans le métabolisme du brome et son influence sur les états d'excitation. Par des voies différentes, nous arrivions à une conception voisine.

Au sujet du test des mélanophores, test que nous retenons comme aussi important que le précédent, M. Tusques n'apporte aucune critique.

Le rapporteur invoque ensuite la notion du « seuil de l'action hormonale ». Cette notion est encore bien mal connue ; il n'y a qu'à lire à ce sujet le sage rapport de Soula, au Congrès International de Physiologie de Moscou. Il s'inquiète et se demande si l'on ne va pas découvrir tous les jours une hormone nouvelle. Il nous est difficile de suivre M. Tusques dans cette voie où nous sommes incompetents. Comme lui, je préfère le terme de « dysfonctionnement » à celui d'hyper- ou d'hypoactivité. Comme lui aussi, je retiens l'idée d'action toxique (peut-être d'origine hormonale). Mais j'avoue ne plus très bien saisir ses conseils de la fin quand il recommande de faire simplement « des bilans endocriniens ».

Je devine plus son idée que je ne la comprends. Il nous dit que les tests endocriniens actuellement employés sont des plus incertains. Par ailleurs, on connaît de plus en plus les synergies et les interractions glandulaires et leur extrême complexité, si bien qu'il est aujourd'hui à peu près impossible d'étudier isolément une glande.

Ce « bilan », on aurait peut-être pu espérer l'obtenir par l'interférométrie que nous savons tout à fait imprécise, ou encore par la diathermie pluriglandulaire contrôlée par le coefficient spectroréducométrique. Nous avons également tenté cette méthode sans grande conviction.

Aussi nous pensons que ce « précieux bilan » doit lui aussi rentrer dans la « mythologie biologique ».

Nos conclusions seront surtout de très vifs remerciements à M. Tusques qui, dans son rapport impartial et remarquablement consciencieux, a remis à l'ordre du jour un problème important. Ses critiques, loin de nous décourager, stimulent au contraire nos efforts et notre espoir et elles méritent ainsi toute notre reconnaissance.

M. Xavier ABÉLY (de Paris). — M. Tusques vient de présenter, sur la question des troubles endocriniens dans les états d'excitation un rapport à la fois clair, précis et documenté. Le mérite est d'autant plus grand qu'en une telle matière on se trouve, au milieu d'un amas bibliographique confus, en présence d'une double incertitude ; celle de la psychiatrie et celle de l'endocrinologie. Ce qui aggrave encore cette obscurité, c'est que trop souvent les observations révèlent chez leurs auteurs des notions un peu

trop élémentaires de l'une ou de l'autre science. Notamment au point de vue psychiatrique, on place sous le vocable d'excitation ou même de manie les états psychopathiques les plus contradictoires. Le problème clinique et hormonal de la manie est assez vaste pour qu'on puisse exiger des auteurs, qu'ils ne présentent avec toute la précision clinique possible que des cas authentiques et bien observés. Je suis en plein accord avec M. Tusques à ce sujet.

Je suis obligé cependant d'adresser au rapporteur une critique ; c'est celle de son scepticisme vraiment exagéré. Son rapport nous enlève impitoyablement toutes nos illusions et presque toutes nos espérances. Son scepticisme s'adresse d'ailleurs, non seulement à l'endocrinologie, mais aussi à la psychiatrie. Cependant dans le domaine endocrinologique il y a vraiment à l'heure actuelle des notions démontrées ou fortement établies et parfaitement concordantes, qui permettent d'aborder scientifiquement l'étude hormonale dans les divers états pathologiques. Les assises toutes récentes de Médecine Internationale tenues à Paris ont vraiment donné l'impression de progrès considérables. Tusques pense que la psychose maniaque-dépressive a des limites fort imprécises. Je crois au contraire à l'autonomie d'une psychose périodique ou intermittente, qui n'a pas d'ailleurs l'extension exagérée de la psychose maniaque-dépressive. Ce n'est pas le moment de développer une telle question. Disons seulement que la manie intermittente me paraît caractérisée par une hyper-activité psychique et somatique généralisée, survenant sans cause extérieure avec retour à l'état normal ou quasi-normal dans l'intervalle. Cette exaltation générale et intermittente de la vitalité relève incontestablement non d'une lésion profonde et constante mais d'un mécanisme biologique, d'une perturbation physiologique plus ou moins périodique. N'y a-t-il pas là des caractères qui font penser à l'action des glandes endocrines dont on connaît les variations physiologiques et dont le rôle est prépondérant dans la régulation de la vitalité. Parmi toutes ces glandes il en est une qui dirige toutes les autres et dont l'action est donc généralisée. C'est l'antéhypophyse...

Cette glande est attenante au cerveau, elle possède une sécrétion non seulement hémocrine, mais neurocrine à l'usage des centres mésocéphaliques, régulateurs de l'activité cérébrale. Il nous semble qu'on pouvait en tirer une présomption immédiate en faveur du rôle éminent de l'antéhypophyse dans la psychose intermittente. C'est l'idée première qui nous a poussés, Paul Abély, et moi-même à guider nos recherches dans le sens de

l'hyperfonctionnement de l'hypophyse antérieure dans la manie. Nous avons tenté d'accumuler depuis plusieurs années non pas des preuves absolues certes, impossibles en l'état actuel de la science, mais des arguments, des coïncidences de tous ordres qui par leur faisceau, finissent par acquérir une véritable valeur.

M. Tusques nous fait remarquer qu'il est hérétique, en vertu de la loi du seuil hormonal, de parler d'une action hormonale pathologique par hypersécrétion. Que l'hypersécrétion hormonale aboutisse à l'intoxication, nous ne voyons aucun inconvénient à l'admettre. Toutefois il faut remarquer que cette intoxication agit souvent dans le sens des fonctions hormonales en l'exagérant. L'acromégalie en est, il nous semble, un bel exemple : de même par la réaction de Zondeck on détermine une apparition de corps jaunes avec une rapidité et une multiplication anormales, mais qui ne sont qu'une sorte de film accéléré de ce qui se passe naturellement. M. Tusques fait plusieurs sortes d'objections plus importantes, en particulier au sujet des investigations d'ordre clinique, anatomopathologique et biologique. Ces investigations apparaissent en effet assez confuses dans leur ensemble, chez les divers auteurs, et il était nécessaire d'y apporter quelque clarté. C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire.

Il est bien certain par exemple que ce trouble endocrinien de la manie que nous caractérisons par le qualificatif de physiologique par opposition à la notion de trouble lésionnel profond et définitif, ne s'accompagnera pas, tant au point de vue clinique qu'anatomopathologique, de manifestations grossières. On ne verra pas, par exemple, une acromégalie classique s'associer à la manie, sauf peut-être dans des cas très rares de manie chronique. On ne trouvera pas une tumeur énorme de l'hypophyse. On ne découvrira que des lésions discrètes modérées. Nous avons pu, dans trois cas, examiner microscopiquement et histologiquement des hypophyses de maniaques, morts de maladie intercurrente ; cette possibilité est assez rare. Dans les trois cas nous avons observé une hyperactivité intense du lobe glandulaire de l'hypophyse, qui se traduisait par l'augmentation parfois considérable de volume et de poids, par l'état congestif, la richesse en cellules chromophiles, parfois même par de petits adénomes. On nous a objecté que ces modifications hypophysaires étaient des trouvailles banales d'autopsie. Nous constatons cependant que plusieurs auteurs (Comte, Launois, Malen, Erdheim, etc.) ont décrit l'hypophyse de la femme enceinte et montré des modifications du lobe antérieur consistant en une hyperplasie et une

hypertrophie absolument analogues à ce que nous décrivons dans la manie et que personne n'a objecté qu'il s'agissait là d'un fait sans signification !

M. Tusques a critiqué quelques-unes de nos investigations biologiques ; ces critiques s'ajoutent à celles qui nous ont été adressées soit en France, soit à l'étranger. Il est certain, comme le disait le professeur Claude, « qu'on ne peut se défendre d'une certaine défiance à l'égard des réactions biologiques ; les faits ne s'inscrivent pas avec la rigueur des réactions chimiques ». Il y a évidemment dans ces recherches des éléments de troubles et d'erreurs que nous ne connaissons qu'imparfaitement. Les tests de fonctionnement hypophysaire sont rares. La plupart ont été justement critiqués. Lorsqu'ils nous ont paru manquer réellement de valeur, nous les avons rejetés. C'est ainsi que nous avons abandonné, après de multiples essais, l'interférométrie. La méthode du dosage du brome nous a paru entachée d'erreur dans sa technique même. Nous nous sommes adressés de préférence aux tests d'hyperfonctionnement hypophysaire qui se montrent positifs dans la grossesse, la réaction des mélanophores et la réaction d'Ascheim-Zondeck ou ses dérivés. Cette dernière réaction mesure l'activité des hormones hypophysaires stimulatrices de l'ovaire. Elle n'utilise, bien entendu, qu'une action hypophysaire spécialisée. Des causes perturbatrices peuvent naître de ce fait. La réaction n'est vraiment certaine qu'au début de la grossesse comme au début de l'accès maniaque. De plus, elle n'a de valeur que si elle est contrôlée histologiquement. Or, nous constatons qu'aucun de nos contradicteurs ne s'est livré à des recherches histologiques. Une critique grave a été adressée à la réaction de Zondeck considérée comme test hypophysaire : elle n'indiquerait plus la présence de gonadostimulines hypophysaires, mais de gonadostimulines placentaires, appelées prolans. Que le placenta vienne en aide à l'hypophyse au cours de la grossesse, le fait paraît certain. Mais on a montré aussi, depuis lors, que le prolan ne peut exercer son actions gonadotrope que par l'intermédiaire de l'hypophyse. Chez les animaux hypophysectomisés, le prolan des femmes enceintes reste inactif. Par ailleurs, chez la femme castrée on trouve en grande quantité des gonadostimulines qui donnent chez les animaux l'hypertrophie du tractus génital. On sait, enfin, que les adénomes hypophysaires donnent eux aussi la réaction de Zondeck. Nous retenons d'ailleurs cette phrase toute récente d'un des pères de la réaction : Ascheim : « De nombreux auteurs sont d'avis que les hormones gonadotiques de l'urine des femmes

enceintes seraient des substances chimiquement différentes des hormones hypophysaires. D'autres auteurs sont d'avis que dans l'urine des femmes enceintes ces deux éléments ne sont pas séparables... Cette question est encore à élucider ». Ainsi la réaction de Zondeck n'a pas perdu, autant qu'on veut le dire, de sa valeur en tant que test hypophysaire. Quoi qu'il en soit nous maintenons que dans un grand nombre de cas de manie, nous trouvons des réactions positives, même chez l'homme, analogues à celles de la grossesse. Il y a là un résultat quelque peu troublant... Nous nous permettrons de rappeler un cas tout à fait objectif, cité par Mignot, dans lequel la réaction n'a pas été faite dans notre laboratoire. Une maniaque est soupçonnée de grossesse, La réaction de Zondeck se montre positive. Or l'avenir a montré que cette femme n'était pas enceinte.

Nous ajouterons que nous avons employé avec d'heureux résultats d'autres tests qui feront l'objet de publications ultérieures. Signalons notamment la méthode de la spectroréductométrie après diathermie de l'hypophyse. La méthode beaucoup plus générale et plus simple que les méthodes précédentes, consiste en la mesure du temps de réduction de l'oxyhémoglobine examinée *in vivo* grâce à un appareil spécial.

Tusques reproche enfin à la plupart des auteurs de n'étudier telle ou telle glande qu'à l'état isolé et de ne pas faire un « bilan » complet des fonctions glandulaires. Nous partageons son opinion et depuis longtemps nous recherchons dans la manie non pas seulement le fonctionnement de l'hypophyse, mais aussi l'inter-réaction de cette dernière avec toutes les autres glandes. Nous nous proposons précisément d'apporter aujourd'hui quelques-unes de nos conceptions à ce sujet.

En somme, toutes les objections qui ont été adressées à notre conception hyperhypophysaire de la manie nous ont paru insuffisamment justifiées. On ne peut encore apporter, en cette matière, des preuves d'une rigueur scientifique absolue. Mais l'accumulation de faits positifs et concordants nous permet d'étayer de mieux en mieux notre hypothèse. Nous avons la conviction que nous sommes dans le bon chemin et nous espérons que l'avenir confirmera notre manière de voir.

M. H. BARUK (de Paris). — J'ai lu et entendu avec le plus vif intérêt le rapport de M. Tusques. Comme lui, je crois que la nosographie psychiatrique actuelle permet difficilement de combiner les données cliniques et biologiques. Il y a toute une orientation séméiologique à faire à ce sujet. En tout cas, il nous semble

peut-être préférable, au lieu de chercher à faire cadrer un trouble endocrinien déterminé avec telle ou telle entité psychopathique, d'analyser individuellement chaque malade. Nous avons pu, en procédant ainsi, observer quelques cas où les données d'exploration endocriniennes nous ont donné des résultats très intéressants au point de vue physiologique et thérapeutique, notamment au cours de syndromes basedowiens, au cours de troubles ovariens consécutifs à la puerpéralité ou à l'ovariotomie, au cours de troubles parathyroïdiens, etc... Il ne s'agit là, certes, que de faits encore très épars, et individuels, mais nous pensons qu'il y a lieu, cependant, de ne pas se décourager et de continuer de travailler dans ce domaine endocrinologique, fort complexe, certes, mais néanmoins très intéressant pour la psychiatrie.

M. Henri CLAUDE (de Paris). — Comme on ne peut pas mettre en équation les types nosologiques, il paraît encore plus difficile de vouloir faire cadrer l'anatomie ou la physiologie pathologique avec ce qui se voit en clinique. Il faut, je crois, rester dans le cadre symptomatique.

Nous ne recueillons que des faits isolés qui exigent beaucoup de prudence et nous obligent à rester dans l'expectative, cependant, on avance peu à peu, à condition d'élargir les cadres.

Il n'est pas une seule méthode actuelle qui nous permette de dire s'il y a insuffisance de tel ou tel système et il faut rester à la clinique.

Je peux, à mon tour, citer des exemples particuliers, tel celui de cette femme qui présentait un syndrome myxœdémateux acquis associé à un syndrome mélancolique.

Le traitement de chacun a guéri l'ensemble. Mais, quelques années après, la dame est revenue présentant cette fois une psychose paranoïde des plus nettes. A son décès, l'autopsie montra de grosses lésions du corps thyroïde.

Je n'en ai tiré aucune conclusion.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris). — Je crois qu'en effet, dans ce domaine, il faut être très prudent et se contenter d'individualiser les cas en faisant pour chacun un profil à la fois psychologique, sympathique, viscéral, sensorio-moteur et endocrinien. On arrive ainsi à isoler des syndrome complets où l'autopsie montre souvent de multiples lésions endocriniennes. On peut ainsi apprécier le mécanisme du système nerveux régulateur, mais il faut surtout noter l'étude des coïncidences.

Je signale que, dès 1922, nous avons obtenu de bons résultats

en traitant les déprimés hypotendus par des extraits hypophysaires. Au point de vue médico-légal, la notion des homosexuels périodiques demeure très intéressante.

M. J. TUSQUES (de Saint-Venant). — M. Paul Abély me reproche de nier l'existence de la psychose maniaque dépressive. Ce n'est pas exactement ce que j'ai dit. Je me suis borné à constater qu'il était courant d'englober dans le groupe nosologique psychose maniaque dépressive des états psychopathiques dont l'étiologie est extrêmement diverse. Pour beaucoup d'auteurs, il suffit qu'un sujet fasse un accès de manie pour que le diagnostic de psychose maniaque dépressive soit porté. Qui plus est, certains psychiatres font le même diagnostic en présence d'un état psychopathique aigu quelconque, uniquement parce qu'il récidive. Je ne nie pas, *à priori*, qu'il puisse exister une véritable psychose maniaque dépressive, endogène, sorte de maladie du rythme psychique; j'estime qu'il est plus fertile de ne pas s'arrêter immédiatement à une telle hypothèse, sans rechercher les facteurs exogènes, en présence d'un accès maniaque, même s'il s'agit d'une récidive.

Je reconnais volontiers que l'expression « bilan endocrinien », que me reproche M. Paul Abély, n'est pas très heureuse. Cependant, je m'étonne que M. Paul Abély ne l'ait pas comprise, puisque M. Xavier Abély l'a comprise et même illustrée au cours de son intervention.

Enfin, M. Paul Abély apporte comme importante présomption de la nature endocrinienne de la manie le fait qu'on observe généralement les accès maniaques au cours de l'arrêt des règles, de la puberté, de la ménopause, de la grossesse. Mais quel est le syndrome psychopathique que l'on n'observe pas au cours de ces « crises » de la vie génitale ?...

Je remercie M. Baruk d'avoir bien voulu appuyer les tendances nosologiques que j'ai exprimées dans mon rapport et illustrer par de nombreux exemples la notion que des troubles endocriniens peuvent s'accompagner d'états psychopathiques divers.

Je remercie M. le Professeur Claude d'avoir apporté à mes conclusions le soutien de son autorité. Je suis convaincu qu'il aura reconnu dans mon travail un reflet de ses enseignements.

M. Xavier Abély me reproche d'être sceptique. Je n'accepte pas ce mot. En effet, si nous nous reportons à la magnifique définition de Claude Bernard : le sceptique est celui qui doute de tout, sauf de lui-même... On ne peut pas, en l'occurrence, m'appliquer cette qualification, puisque (je m'en suis même excusé au début de cette séance), je n'ai apporté aucun travail original.

Il faudrait donc dire « douteur » ; et je ne prends pas cela pour un reproche...

Il m'est impossible d'argumenter ici complètement le long exposé d'endocrinologie que vient de nous présenter M. Xavier Abély. Je me bornerai à en discuter quelques points.

En ce qui concerne la réaction de Zondek, il n'est pas du tout établi que cette réaction soit un test hypophysaire. C'est ainsi que cette réaction a été trouvée positive dans des cas de cancer de différents organes, sans qu'il soit possible de mettre l'hypophyse en cause.

Il est impossible de rattacher l'hyperactivité érotique, sur laquelle insiste M. Xavier Abély, à un mécanisme endocrinien. On sait, en effet, pour ne citer qu'un exemple, que les eunuques castrés assez tard peuvent présenter une telle hyperactivité, à tel point qu'ils étaient, paraît-il, recherchés, pour cela, par certaines dames romaines de l'antiquité.

M. Xavier Abély fait appel aux conceptions de Marañón ; je n'ai pas ici le temps de critiquer ces conceptions. J'ai rédigé cette critique dans mon travail de 1935 sur les caractères ambosexuels. On peut d'ailleurs se dispenser de reprendre une telle critique car les théories en question constituent un pur roman ne reposant sur aucune base sérieuse.

D'une façon générale, je pense qu'il est dangereux de transporter des hypothèses endocrinologiques dans le domaine psychiatrique, étant donné que même dans les cadres purement physiologiques la question endocrinienne reste une des plus obscures et des plus sujettes à controverse.

M. Paul ABÉLY (de Paris). — Un simple mot à propos de la réponse de M. Tusques. Je crois que nous sommes incomplètement compris lorsqu'il nous dit que bien d'autres psychoses correspondent à des « périodes glandulaires » aussi bien que la psychose maniaque dépressive. Je suis entièrement d'accord avec lui. Mais j'ai précisé que seule la psychose maniaque dépressive peut débiter à des périodes endocrinologiques de la vie très variables, aussi bien à la puberté qu'à la ménopause (cas peut-être unique en psychiatrie). Car je ne crois pas que la démence précoce apparaisse à la ménopause ou que les délirs chroniques surviennent à la puberté.

Les interréactions hypophyso-thyroïdiennes et hypophyso-ovariennes dans la manie, par MM. Xavier et Paul ABÉLY.

Depuis plusieurs années nous poursuivons nos recherches sur le rôle de l'hypophyse antérieure dans la psychose maniaque dépressive et plus spécialement dans les accès maniaques. Mais on ne saurait envisager une seule glande à l'état isolé. Toutes les glandes endocriniennes réagissent l'une sur l'autre. L'hypophyse antérieure paraît exercer un rôle dominateur sur toutes les sécrétions hormonales. Il est donc indispensable d'étudier, dans tout état pathologique et notamment dans la manie, les interréactions que l'on peut observer entre l'hypophyse et les autres glandes endocrines. De telles recherches sont extrêmement complexes et difficiles. Dans l'état encore imparfait de la science endocrinologique on ne peut aboutir à des certitudes. On nous permettra d'apporter une part de suggestions et d'hypothèses qui sont susceptibles, malgré tout, de faire progresser notre connaissance. Nous nous appuierons cependant sur les données les mieux établies de l'endocrinologie en les confrontant avec des données psychiatriques les mieux observées. Cliniquement dans tout syndrome hypophysaire — et nous songeons particulièrement à la manie — on constatera, en plus des symptômes hypophysaires directs toute une symptomatologie secondaire pluriglandulaire. Chaque glande joue sa partie dans cet orchestre syndromique sous la direction de l'antéhypophyse. Toutefois le tableau clinique offert dans cet ensemble par telle glande n'est pas absolument identique à celui que déterminent les troubles isolés de cette glande. Il y a des interférences symptomatiques qui aboutissent à l'harmonie syndromique totale. En tout cas, il est extrêmement intéressant de préciser chacune de ses symptomatologies secondaires en montrant leur étroite corrélation avec les troubles hormonaux de la glande correspondante.

NOTIONS GÉNÉRALES

Auparavant quelques notions générales d'endocrinologie sont indispensables à connaître :

L'hypophyse antérieure que l'on considérerait d'abord comme la glande excitatrice des autres glandes endocrines apparaît aujourd'hui avec certitude comme la glande régulatrice. Il y a là une nuance importante. On n'appelle plus l'hypophyse le « moteur glandulaire », mais le « chef d'orchestre », « le poste de direc-

tion », « la gare régulatrice », « le quartier général », le « levier de commande ». Son rôle ne consiste pas exactement à fournir des stimulines d'hormones, mais à s'adapter aux nécessités hormonales diverses. Toute insuffisance ou tout excès de sécrétion d'une glande endocrine détermine immédiatement une augmentation ou une diminution, c'est-à-dire une action inverse, de la stimuline hypophysaire correspondante. C'est par l'intermédiaire de l'hypophyse que se font aussi les corrélations glandulaires. L'hyperfonctionnement hypophysaire peut donc être primitif, entraînant l'hyperfonctionnement des glandes subordonnées. C'est le cas le plus commun. Mais l'hyperfonctionnement hypophysaire peut aussi être secondaire, réagissant ainsi à l'hypofonctionnement primitif de toute autre glande. Ainsi la cause initiale d'un syndrome hyperhypophysaire peut être située en dehors de l'hypophyse. Il résulte de ces données d'intéressantes conséquences thérapeutiques. L'apport extérieur, par voie d'injection, de telle hormone entraîne, lorsqu'elle atteint une certaine dose, un excès dans l'organisme, de cette hormone ; d'où un freinage compensateur de la stimuline hypophysaire correspondante. Mais il y a mieux. Il semble bien que l'injection d'une hormone quelconque, en quantité suffisante, entraîne, en pratique, une diminution globale de la plupart des stimulines pituitaires. En fait la réaction obtenue n'est pas toujours aussi générale et aussi simple, car certaines stimulines ont des actions antagonistes. Mais, en gros, on peut dire qu'on aboutit ainsi à un freinage plurivalent de l'hypophyse antérieure. On conçoit tout l'intérêt d'une méthode thérapeutique de ce genre, alors que dans bien des cas et en particulier dans la manie, les traitements radiothérapiques ou radiothermiques sont difficilement applicables.

Munis de ces notions générales nous allons envisager les interactions particulières entre l'hypophyse et chaque glande endocrine dans la manie. Il ne saurait cependant être question de traiter ce sujet en entier en un seul article. Nous nous contenterons d'étudier aujourd'hui les relations de la glande pituitaire avec la thyroïde et avec l'ovaire. Auparavant nous citerons une observation particulièrement suggestive :

Mme X... avait subi une ovariectomie double, à la suite de laquelle s'était développé un goitre, accompagné de nervosité et d'excitation. Le médecin qui la traitait, au courant des idées nouvelles sur les relations entre la thyroïde et l'hypophyse dans la maladie de Basedow, avait pratiqué alors une thérapeutique radiothérapique intense

portant à la fois sur l'hypophyse et la thyroïde. Quelques mois après cette malade devait être internée en raison d'un syndrome hétérophrénique typique. Elle est morte à l'asile de cachexie progressive.

INTERRÉACTIONS HYPOPHYSO-THYROÏDIENNES DANS LA MANIE. — De nombreux auteurs ont cru trouver une corrélation entre la maladie de Basedow et l'excitation maniaque. On trouvera dans le rapport récent de Tusques sur « les troubles endocriniens dans les états d'excitation » une bonne bibliographie de ces travaux. On leur a opposé les objections que l'on retrouve toujours en pareille matière : il peut y avoir coexistence sans qu'il y ait relation de cause à effet ; on peut observer, associés au goitre exophtalmique, toutes sortes de syndromes mentaux. Il y a une grande part d'injustice dans ces critiques. Tout d'abord il ne faudrait pas exagérer le polymorphisme psychique des états hyperthyroïdiens. Il y a vraiment un syndrome mental typique incontestablement lié à l'hyperthyroïdie moyenne ; on y constate l'hyperémotivité allant parfois jusqu'à l'anxiété, l'irritabilité, l'exagération des réactions, l'instabilité, la nervosité (pour employer un mot trop peu usité en langage psychiatrique et qui traduit bien l'état psychique de ces malades). Une note un peu plus poussée de ce syndrome aboutit à une sorte de déséquilibre acquis. Ce tableau qui, par quelques traits, se rapproche de celui de l'excitation maniaque en est cependant assez différent en ce sens surtout que l'excitation basedowienne possède un caractère affectif bien spécial, elle est toujours pénible, angoissante même. Maragnon fait remarquer aussi que contrairement au virilisme maniaque, que nous examinerons plus loin, l'hyperthyroïdie crée un état psychologique de féminité. « Une grande partie, dit-il, des traits caractérologiques et psychiques de la féminité, tels que l'émotivité facile, la passion rapide, la fine sensibilité, ont un indiscutable accent hyperthyroïdien. »

Par ailleurs, il est certain qu'on trouve avec une grande fréquence l'hypertrophie du corps thyroïde dans la manie. Il y a là autre chose qu'une simple coïncidence.

Il y a cependant une part d'erreur dans l'interprétation que lui ont donné les auteurs. La relation entre la thyroïde et la manie n'est pas aussi simple, aussi directe. On négligeait jusqu'ici un intermédiaire essentiel qui est l'hyperhypophyse. Nous pensons que l'hyperthyroïdie, si souvent constatée dans l'excitation maniaque, est généralement déterminée secondairement par une stimulation hypophysaire. L'hypophyse sécrète une hormone, actuellement incontestée, que l'on appelle la thyroestimuline. On admet

aujourd'hui que nombre de goîtres exophtalmiques sont subordonnés à une hyperplasie hypophysaire préalable. On s'explique donc parfaitement la présence dans la manie de signes somatiques et psychiques d'hyperthyroïdie. Des symptômes du syndrome hyperthyroïdien isolé, on peut retenir ici l'irritabilité, la vivacité des réactions, l'instabilité, la mobilité de l'humeur, en y ajoutant le tremblement et l'exophtalmie légère. Mais tous ces signes sont évidemment modifiés par l'exaltation de l'activité vitale du maniaque, son hyperendocrinie généralisée qui, notamment, transforme l'affectivité thyroïdienne pénible en une affectivité euphorique. Toutefois, le problème est plus complexe encore. Aron a pu, grâce à une méthode biologique spéciale, doser la thyroostimuline. Or, surpris lui-même dans ses prévisions, il a constaté que, dans plusieurs cas de maladie de Basedow, la thyroostimuline non seulement n'apparaissait pas en excès, mais se trouvait encore au-dessous de la normale... Chez des myxœdémateux, par contre, il trouvait une dose de thyroostimuline supérieure à la moyenne. Nous avons nous-même recherché dans la manie l'état de la sécrétion thyroïdienne, par des procédés divers et notamment par la spectroréductométrie et par la mesure de l'angle d'impédance. Nous avons généralement observé des réactions d'hyperthyroïdie, mais dans quelques cas nous avons découvert une hypothyroïdie.

Ces constatations, qui semblent d'abord paradoxales, sont aujourd'hui rigoureusement interprétées grâce à la loi de régulation générale exercée par l'hypophyse antérieure que nous exposons plus haut. Si l'on injecte à un animal de la thyroxine à hautes doses, on voit diminuer le taux de la thyroostimuline hypophysaire. Au contraire, la thyroïdectomie fait croître le taux de la thyroostimuline. Dans les cas spéciaux des maladies de Basedow observés par Aron, il s'agissait donc d'hyperthyroïdie primitive avec hypopituitarisme secondaire. Dans le même ordre d'idées nous pensons qu'il peut y avoir, bien que plus rarement, des cas de manie à l'origine desquels on peut découvrir une hypothyroïdie primitive avec hyperhypophysie secondaire. Ce n'est, bien entendu, que lorsque l'hyperfonctionnement de la pituitaire est réalisé que se produit le syndrome maniaque. Cette hypothyroïdie primitive peut d'ailleurs être très relative et consister par exemple en une simple diminution d'une hyperthyroïdie habituelle. On voit que les relations de l'hypophyse et de la thyroïde sont moins simples qu'on pouvait le supposer tout d'abord.

Il ne s'agit pas là de simples vues de l'esprit. Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer un cas particulièrement démonstratif :

Il s'agit d'une femme assez cultivée, ayant notamment des notions médicales et qui s'observe fort bien. La malade présentait un goitre exophtalmique typique qui était apparu vers l'âge de 40 ans. Deux ans après la malade faisait un premier accès maniaque qui fut traité dans une Maison de santé. Depuis lors, j'ai vu passer cette femme quatre fois dans mon service pour accès maniaques absolument classiques ; tous les certificats sont concordants sur ce point. Notons que l'humeur de la malade changeait remarquablement dès le début de l'accès. Cette maladie de Basedow était régulièrement traitée dans l'intervalle des accès, soit par un traitement médicamenteux, soit par un traitement radiothérapique. Au troisième accès une constatation curieuse s'imposait. C'est à la suite de thérapeutiques intensives que survenaient les accès. Le troisième accès avait été précédé d'une radiothérapie assez poussée. Le métabolisme basal, régulièrement pratiqué, indiquait une diminution de l'hyperthyroïdie. A la sortie je faisais part à cette malade et à sa famille de mes craintes au sujet d'un traitement trop actif. Le médecin et les parents critiquèrent mon point de vue et passèrent outre. Après un nouveau traitement radiothérapique, un nouvel accès survint. Après guérison, je mettais une fois de plus en garde le praticien et la famille contre les dangers d'une thérapeutique trop énergique. Cette femme avait des accès à peu près annuels. Or, je ne l'ai pas revue depuis trois ans.

C'est le lieu de rappeler l'observation, publiée en 1908, de René Charpentier et Courbon (1), d'une psychose périodique associée à un Basedow. Dans ce cas, l'amélioration spontanée du syndrome basedowien coïncidait avec une recrudescence des accès. Cette observation qui, à l'époque, semblait infirmer le rôle de la thyroïde dans la manie, prend aujourd'hui, à nos yeux, une toute autre signification.

Nous appuyant sur ces données diverses des relations de l'hypophyse et de la thyroïde, nous avons essayé d'en tirer des conséquences thérapeutiques. Il nous a semblé que le traitement thyroïdien, quelque paradoxal qu'il puisse paraître, était indiqué dans la manie à titre d'agent freinateur de la sécrétion hypophysaire. L'essai paraissait logique dans les cas où l'on pouvait soupçonner une hypothyroïdie primitive. Mais il nous a paru également défendable dans les cas plus fréquents d'hyperthyroïdie modérée secondaire à l'hyperhypophyse. En effet, l'apport extérieur, sous forme d'injections, d'hormones thyroïdiennes, exagérant le léger excès de thyroxine déjà réalisé, aboutit

(1) René CHARPENTIER et Paul COURBON. — Maladie de Basedow et Psychose maniaco-mélancolique (Communication à la Société Médico-Psychologique. Séance du 25 novembre 1907. *Annales Médico-Psychologiques*, mars-avril 1908, page 227).

plus sûrement à un blocage compensateur relatif de l'hypophyse. L'expérience, exécutée d'abord avec grande prudence, nous a montré l'inocuité et l'efficacité de cette thérapeutique. Nous n'avons jamais osé dépasser la dose quotidienne de 0 gr. 20. Les résultats obtenus ainsi ont été très encourageants. Depuis plus de deux ans nous avons pratiqué de très nombreux traitements de ce genre. Dans la majorité des cas, nous avons obtenu une atténuation, parfois très notable, de l'agitation. Nous pouvons affirmer en tout cas la remarquable tolérance des maniaques pour les extraits thyroïdiens. Nous avons noté en particulier l'absence de tachycardie.

Nous ajouterons toutefois que l'excitation reprenait très rapidement après la cessation des injections. Il y a là un fait qui semble bien montrer que la perturbation glandulaire véritablement en cause dans la manie est celle de l'hypophyse antérieure et que le traitement thyroïdien ne représente qu'une thérapeutique indirecte, ce que nous pensions d'ailleurs *a priori*.

INTERRÉACTIONS HYPOPHYSO-OVARIENNES DANS LA MANIE. — On a depuis longtemps remarqué que les accès de manie apparaissent fréquemment au moment des phases particulièrement importantes du fonctionnement ovarien : puberté, menstruation, ménopause, grossesse. Mais il semble bien que d'autres perturbations endocriniennes concomitantes soient nécessaires pour aboutir au syndrome typique de la manie. Le rôle de l'hypophyse se montre toujours essentiel.

L'HYPERGÉNITALISME. — Un des syndromes les plus communs de la manie est l'hypergénitalisme tant physique et organique que psychique, aussi bien chez la femme que chez l'homme. Or, l'action stimulante de l'hypophyse sur les glandes sexuelles est aujourd'hui universellement connue et de multiples essais thérapeutiques en ont été déduits. Cette hypersexualité est le cas le plus habituel. Mais on peut observer des accès de manie accompagnés d'hypogénitalisme et même de frigidité. En effet, on peut voir ici, comme dans les interréactions hypophyso-thyroïdiennes, deux ordres de faits : l'hyperfonctionnement hypophysaire peut être primitif et s'accompagner d'une stimulation des glandes sexuelles. L'hyperfonctionnement hypophysaire peut être secondaire à un hypofonctionnement des glandes génitales, et s'accompagner par conséquent d'hypogénitalisme. Dans ce dernier cas, c'est l'insuffisance sexuelle qui est la cause première de l'accès maniaque, qui ne se réalise d'ailleurs que lorsque l'hypophyse a réagi. Rondepierre a publié un cas très intéressant de manie associé à une hyposexualité évidente. Nous faisons remarquer,

à propos de ce cas, qu'il n'y avait pas lieu de conclure à un hypopituitarisme, bien au contraire. Ces faits sont connus expérimentalement et cliniquement. Plusieurs expérimentateurs ont montré que l'hypophyse des animaux castrés est douée d'un pouvoir génadostimulant nettement supérieur à celui des animaux intacts.

Nous avons deux exemples intéressants de ces deux formes d'hyperfonctionnement hypophysaire, dans la manie même : l'accès maniaque survenant à la puberté représente, pour nous, une hyperhypophysie primitive ; c'est sous l'influence, en effet, d'une abondante sécrétion gonadostimulante que se développent les premières manifestations ovariennes. Dans la ménopause naturelle ou artificielle, au contraire, il s'agit d'une hyperhypophysie secondaire à l'arrêt ovarien ; les gonadostimulines abondent à nouveau par une sorte de réaction de défense compensatrice.

LE VIRILISME. — Un autre symptôme sur lequel nous voudrions tout particulièrement insister est l'apparition fréquente du virilisme chez la femme maniaque. Ce virilisme se traduit somatiquement par les modifications de timbre de la voix, qui devient rauque et grave, phénomène très commun que l'on compare à celui de la voix qui mue, par la coloration plus marquée du visage, par la dureté des traits, par la perte de finesse de la peau, parfois par une légère hypertrichose, par l'augmentation de la force musculaire, quelquefois par la turgescence des organes génitaux externes et enfin, par une manifestation très importante et très significative, l'arrêt des règles, dont on connaît la fréquence. Psychiquement, la masculinisation se manifeste, non seulement par l'autoritarisme, l'impérantisme, l'agressivité, l'initiative sexuelle, mais parfois même par l'inversion sexuelle nette et de type toujours actif. Souvent, la malade a conscience de cette transformation virile de sa personnalité. De nombreux auteurs ont observé et signalé ce virilisme et lui ont même consacré des études spéciales. Esquirol cite déjà un cas de manie avec masculinisme, qu'il nous paraît pittoresque de rappeler :

« Mme M..., très agitée, parlant sans cesse, assurait et répétait avec emportement qu'elle était non pas une femme, mais un homme. Si quelqu'un, en lui parlant, l'appelait Madame, aussitôt M... devenait plus agitée, disait des injures et se livrait à des actes de violence. M. Pussin, alors surveillant à la direction des femmes, s'entendit avec M. Pinel pour procurer des habits d'homme à cette femme ; ces habits furent mis avec des transports de joie, et M... se promena au milieu de toutes ses compagnes avec une sorte d'ostentation. »

Ritti, dans son article sur la folie périodique du dictionnaire Dechambre, cite les études de Goek et de Servaes et conclut : « Il ressort des diverses observations publiées par ces auteurs, qu'elles se rapportent presque toutes à des cas de folie à double forme et que c'est, pendant la période d'excitation que les malades présentent, à l'état de paroxysme cette curieuse perversion. » Magnan cite un exemple de tendances homosexuelles au cours d'un accès maniaque :

« Nous avons en ce moment sous les yeux une femme âgée de 33 ans qui, à plusieurs reprises et pendant des journées entières, voulait faire, disait-elle, comme l'homme ; elle cherchait à retrousser la robe des surveillantes, les suppliait de cohabiter avec elle ; se montrant, d'autre part, indifférente à l'égard des hommes venus à côté d'elle. »

Nous citerons aussi des études plus récentes. Dans un important article, G. Petit a montré, par de nombreux exemples, la fréquence de l'ambivalence sexuelle ou de l'homosexualité dans la manie et n'a pas hésité à voir dans cette affection une hyperactivité généralisée des glandes à sécrétion interne. Nous ne sommes pas tout à fait d'accord sur l'interprétation des signes qu'il décrit et leur attribution spéciale à telle ou telle glande, mais nous retenons la pathogénie générale qu'il admet. Son élève, Humbert, dans sa thèse sur l'homosexualité et les psychopathies cite plusieurs observations intéressantes qui rentrent dans notre cadre d'études. Enfin dans son ouvrage sur le « Travestissement », Mme Masson a rapporté des cas très curieux. Nous-mêmes avons observé et réuni depuis longtemps de nombreuses observations de virilisme et d'inversion sexuelle dans la manie. Actuellement nous recherchons systématiquement les signes de cet ordre chaque fois que nous sommes en présence d'un accès maniaque.

Dans toutes les études précédentes on ne trouve aucune explication suffisante, du moins au point de vue endocrinien, de cette transformation virile. Cependant l'hypophyse et l'ovaire y jouent certainement un rôle essentiel. On sait aujourd'hui que les trois glandes susceptibles de provoquer la virilisation sont l'hypophyse, l'ovaire et la cortico-surrénale. En ce qui concerne l'hypophyse antérieure, on connaît maintenant un syndrome aussi net que l'acromégalie : c'est la maladie de Cushing qui se traduit par un syndrome de virilisation aussi typique que dans les lésions surrénaliennes ou ovariennes. Or, on y trouve notamment l'hypertrichose et l'aménorrhée. Cette maladie est sous la

dépendance d'un adénome hypophysaire et les signes disparaissent après l'ablation de la tumeur. On y trouve associée une hypertrophie secondaire de la cortico-surrénale, qui possède elle-même un pouvoir stimulant sur certaines sécrétions ovariennes virilisantes. Il y a là un bel exemple de corrélations harmoniques des glandes endocrines. Il apparaît d'ailleurs que dans la virilisation due à un hyperfonctionnement hypophysaire primitif, le syndrome est lié à la stimulation directe de certaines hormones ovariennes aussi bien que des hormones surrénales (corticine). Laissons de côté la stimulation surrénale pour n'envisager que la stimulation ovarienne. Il subsiste ici un mystère qui était encore inexpliqué. Il y a en effet une discordance évidente entre le fait de l'hyperfonctionnement secondaire ovarien et le fait de la disparition de la féminité, de l'apparition même de la masculinisation. Le problème de la régulation ovarienne de l'hypophyse apparaît plus complexe que celui de la régulation thyroïdienne. C'est qu'il existe ici deux ovarostimulines et deux hormones ovariennes correspondantes, dont les actions sont associées, mais antagonistes. L'hypophyse antérieure sécrète donc deux hormones stimulantes de l'ovaire : la gonadostimuline A et la gonadostimuline B. La dualité de nature et de fonctions de ces deux hormones est communément admise aujourd'hui. On peut d'ailleurs les isoler en préparant des extraits ovariens, soit en milieu acide, soit en milieu alcalin. Ces deux hormones président aux deux phases du mécanisme cyclique de l'ovaire. La gonadostimuline A provoque la maturation du follicule de Graaf qui sécrète la folliculine ; la gonadostimuline B provoque la transformation du follicule rompu en corps jaune qui sécrète la lutéine ou progestérone. Au cours de la grossesse le corps jaune persiste. Si la fécondation n'a pas lieu, le corps jaune disparaît. Mais tant que subsiste le corps jaune, sécréteur de lutéine, la menstruation n'a pas lieu. L'excès de stimulants lutéinisants et par conséquent l'excès de lutéine est, en dehors même de la grossesse, une cause fréquente d'aménorrhée. Dans les premiers mois de la grossesse la sécrétion de lutéine entretenue par une hypersécrétion de gonadostimuline A hypophysaire est de beaucoup prédominante. Peu à peu cependant la gonadostimuline B (et par conséquent la folliculine) augmente. Son rôle se montre antagoniste de celui de la lutéine ; elle tend à interrompre la grossesse et lorsqu'elle l'emporte, l'accouchement ou l'avortement a lieu. On peut dire actuellement que la gonadostimuline B (lutéinisante) est caractéristique de la grossesse par son abondance et sa prédominance. Expérimentale-

ment le sang des femmes enceintes agit sur l'ovaire en produisant aussitôt la lutéinisation des follicules et thérapeutiquement dans les métrorragies le sang des femmes enceintes produit le même effet curateur que la gonadostimuline B et la lutéine. Ces notions générales étaient indispensables pour comprendre notre démonstration.

La réaction de Zondeck du début de la grossesse prend une signification plus précise. Elle exprime la présence dans l'urine des femmes enceintes des deux gonadostimulines hypophysaires sans doute, mais surtout de la gonadostimuline lutéinisante. Ce qui caractérise surtout la réaction de Zondeck c'est la transformation rapide de nombreux follicules en corps jaunes. C'est la lutéinisation qui, de l'avis de beaucoup, doit être mise au premier plan dans cette réaction. Si, comme nous avons cru le constater, la réaction de Zondeck est positive dans un grand nombre de cas de manie, la formule hormonale de la femme maniaque est donc analogue à celle de la femme enceinte ou très voisine. Elle se caractérise donc aussi par l'abondance de la gonadostimuline B. C'est là un premier point à retenir.

Nous poursuivons nos déductions en insistant sur un second point : c'est la parenté, en ce qui concerne les hormones ovariennes, de la lutéine avec l'hormone sexuelle mâle et la parenté, en ce qui concerne les stimulines hypophysaires, de la gonadostimuline lutéinisante avec la gonadostimuline mâle. On a pu même soutenir l'identité de ces hormones. Nous ne voyons aucune difficulté à admettre l'ambivalence sexuelle des sexes, c'est-à-dire la présence chez l'homme comme chez la femme, en un équilibre évidemment différent, à la fois d'hormone mâle et d'hormone femelle. La lutéine représenterait alors l'hormone sexuelle mâle chez la femme. Quoi qu'il en soit, ce rapprochement se justifie par des similitudes de formule et de fonction. La formule clinique de la lutéine ou progestérone est très voisine de la formule de l'hormone sexuelle masculine, la testostérone. Ces corps et les corps voisins, tels la corticine (hormone cortico-surrénale) sont tous dérivés du cholestérol et ont un même noyau tétracyclique, comme l'ont prouvé les travaux de Butenandt. Physiologiquement, la lutéine exerce une action masculinisante ; sa sécrétion exagérée entraîne l'apparition du syndrome de virilisation. A l'aide d'injections répétées de corps jaunes, Steinack et Kuhn ont obtenu une masculinisation comparable à celle qui survient après une implantation de testicule sur des rats castrés. Il est des cas où l'on a pu arrêter la virilisation d'origine ovarienne et restaurer la féminité primitive en arrêtant les états d'hypersécrétion

lutéinique par injection d'hormones féminisantes (folliculine et thyroxine). Ainsi hormones féminisantes (dont la folliculine) et hormones masculinisantes (dont la lutéïne) opposent leurs actions.

Il est facile, dès lors, de préciser la fonction virilisante de l'hypophyse. Elle s'exerce par l'intermédiaire de la gonadostimuline lutéinisante. Steinack et Kuhn ont montré que la masculinisation peut être provoquée par l'administration d'hormones hypophysaires qui produisent alors une forte lutéinisation au niveau de l'ovaire. Notons encore que la réaction de Zondeck, qui serait caractérisée par la présence abondante dans l'urine de gonadostimuline B, se montre aussi active chez le souris mâle que chez la femelle, à ce point que le mâle est choisi de préférence comme réactif. Elle se traduit d'ailleurs chez le mâle par une action spéciale homologue de celle produite chez la femelle, c'est-à-dire qu'elle agit non pas sur les éléments germinatifs mais sur les cellules interstitielles et les vésicules séminales. Ajoutons que cliniquement cet excès de stimuline B se traduit sur la femme enceinte par une sorte de suspension de la féminité et l'apparition de signes de virilisme, tels que certaines modifications des traits. Il y a vraiment là un concours troublant d'analogies. Tout se tient ici, tout s'enchaîne pour aboutir à des données concordantes. Ainsi le rôle de l'hypophyse dans la sexualité apparaît double ; il exerce une influence féminisante par la stimulation de la folliculine ; il exerce une influence virilisante par la stimulation de la lutéïne (et peut-être aussi par la stimulation de la corticine). Lorsque cette dernière influence l'emporte, nous observons le syndrome de virilisation. C'est probablement le cas dans la manie. Il reste encore cependant un point d'interrogation : Pourquoi cette efflorescence vitale, cette poussée évolutive, pathologique par sa seule exagération, que constitue la manie, dirige-t-elle la femme dans le sens de la virilité au lieu d'exalter la féminité ? Ici l'explication nous échappe. Nous empruntons à Maragnon sa séduisante théorie qui se développe malheureusement dans le domaine le plus hypothétique. Pour cet auteur, la différenciation mâle représente un stade plus évolué que la différenciation femelle. « Cette pensée, écrit-il, que la sexualité est un phénomène évolutif, c'est-à-dire une aspiration de la féminité vers la virilité me paraît fondamentale. L'évolution sexuelle ainsi comprise, comme une vraie course d'obstacles entre les deux sexualités originelles ne se fera correctement que grâce à la protection des facteurs endocriniens. »

Pour revenir à un point de vue plus terre-à-terre, nous recher-

cherons si quelques indications thérapeutiques ne peuvent pas être déduites des considérations précédentes. La première idée qui vient à l'esprit est de tenter un traitement de l'excitation maniaque par des injections de folliculine ; on peut espérer en effet un double résultat ; une action freinatrice sur l'hypophyse ; une action antagoniste sur la lutéine. L'expérience n'a pas confirmé ce point de vue. Les injections de folliculine ne nous ont donné aucun résultat favorable, même à assez fortes doses. C'est que les phénomènes sont ici plus complexes. Si, en règle générale, toute exagération fonctionnelle d'une glande entraîne une hyposécrétion plurihormonale de l'hypophyse, la réaction hypophysaire n'est pas toujours aussi simple. Il y a une dissociation réactionnelle des stimulines hypophysaires lorsque les actions de certaines de ces stimulines sont antagonistes, de sorte que les unes sont bien freinées, mais que les autres sont activées. C'est ainsi qu'en raison de l'antagonisme entre la folliculine et la lutéine, l'injection expérimentale de fortes doses de folliculine augmente le pouvoir lutéinisant de l'hypophyse et tend plutôt à aggraver les phénomènes de virilisation. Nous avons donc pensé que le blocage de l'hypophyse se ferait beaucoup plus sûrement par l'injection de lutéine, selon le même principe qui nous avait fait adopter le traitement par injection de thyroxine là même où la thyroïde paraissait légèrement stimulée. Signalons que le professeur Claude a publié l'observation de deux cas de manie aiguë améliorés par l'extrait de corps jaune et que l'on trouve dans la thèse de Coquelin un cas de manie, récidivant à chaque menstruation, et guérie par injection de corps jaune. Les résultats que nous avons déjà obtenus par ce traitement nous paraissent intéressants. L'agitation des malades semble diminuer. L'effet est plus nettement marqué lorsque nous associons la thyroxine et la lutéine. C'est actuellement la thérapeutique que nous appliquons systématiquement chez les femmes maniaques. L'action est toujours temporaire et doit par conséquent être prolongée. Nous opérons par séries de douze injections combinées avec intervalles de repos.

On voit tout l'intérêt que peut présenter l'étude des relations de l'hypophyse et des autres glandes endocrines, intérêt à la fois pathogénique, clinique et thérapeutique. Nous sommes dans un domaine très complexe et encore incomplètement exploré, où l'hypothèse doit suppléer à l'insuffisance des données scientifiquement établies. Peu à peu cependant de telles précisions, de telles concordances apparaissent, qu'on peut espérer aboutir, dans un avenir peu lointain, à quelque certitude.

Essais de traitement de la schizophrénie par la leucotomie préfrontale, par MM. Egas MONIZ et Diogo FURTADO.

La leucotomie préfrontale, méthode chirurgicale de traitement de certaines psychoses, créée par l'un de nous (Egas Moniz), a été appliquée indistinctement dans plusieurs de ces maladies mentales. Sa valeur, jugée différemment, suivant les psychiatres, a été mise en évidence par quelques auteurs américains, surtout par W. Freeman, qui l'a largement essayée. C'est dans les psychoses, dont le symptôme dominant est l'angoisse, que la méthode s'est montrée la plus efficace : on a rapporté plusieurs cas de mélancolie anxieuse, dont l'évolution, jusque-là chronique et irrémissible a été arrêtée et le malade guéri par l'intervention.

Dans beaucoup d'autres psychoses on a obtenu des résultats favorables : il s'agissait pourtant de cas appartenant à divers types et même parfois de cas atypiques, et on n'a pas pu jusqu'ici se faire une idée de la valeur de la méthode dans les différents groupements de la nosographie psychiatrique.

La technique de l'opération, ses fondements et même quelques-uns des résultats obtenus ont été exposés dans un livre que l'auteur de la méthode a publié en français. Nous n'envisagerons pas ici ces détails, mais nous voulons signaler que la doctrine de la fixation fonctionnelle de certains groupements cellulo-connectifs, exposée dans ce livre, n'est pas plus qu'une hypothèse de travail, et n'a aucune prétention de jouer le rôle de théorie pathogénique des psychoses dites fonctionnelles.

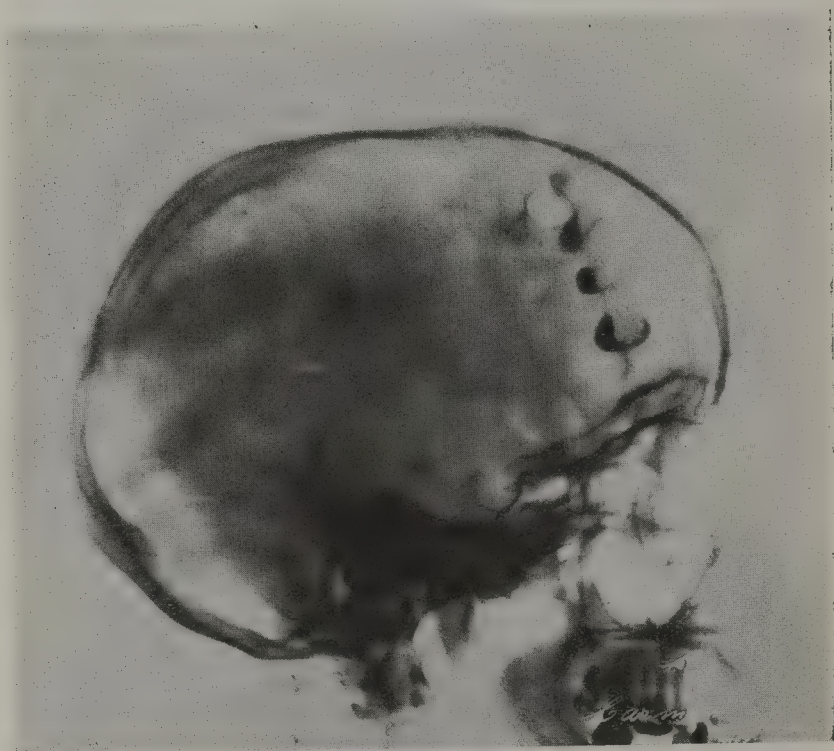
Le mécanisme par lequel l'intervention destructive de la substance blanche des lobes préfrontaux agit favorablement sur certains tableaux psychopathologiques nous est — il faut l'avouer — tout à fait inconnu.

Ce résultat est d'autant plus étrange qu'il est certain que, contrairement à ce qu'on pourrait d'abord croire, il n'est pas la création de nouveaux troubles qui viennent inhiber ou effacer les symptômes psychiques existants.

En effet, la destruction considérable que nous provoquons dans le centre oval des lobes en question n'arrive à produire aucun symptôme clinique. Nous avons obtenu, au commencement de nos travaux, pendant que nous travaillions avec des injections neurolytiques d'alcool, quelques-uns des phénomènes considérés comme conséquences des lésions du lobe préfrontal : apathie, acinésie, perte d'initiative, incontinence des sphinc-

ters, nystagmus, etc. Après que nous avons substitué à ces injections la destruction sphéroïdale, produite par un instrument coupant (leucotome), tous ces phénomènes ont disparu, ce qui porte à croire que ce serait peut-être une action irritative plus diffuse produite par l'alcool, la cause des dits phénomènes.

Un autre fait, digne de remarque c'est que, en aucun de nos

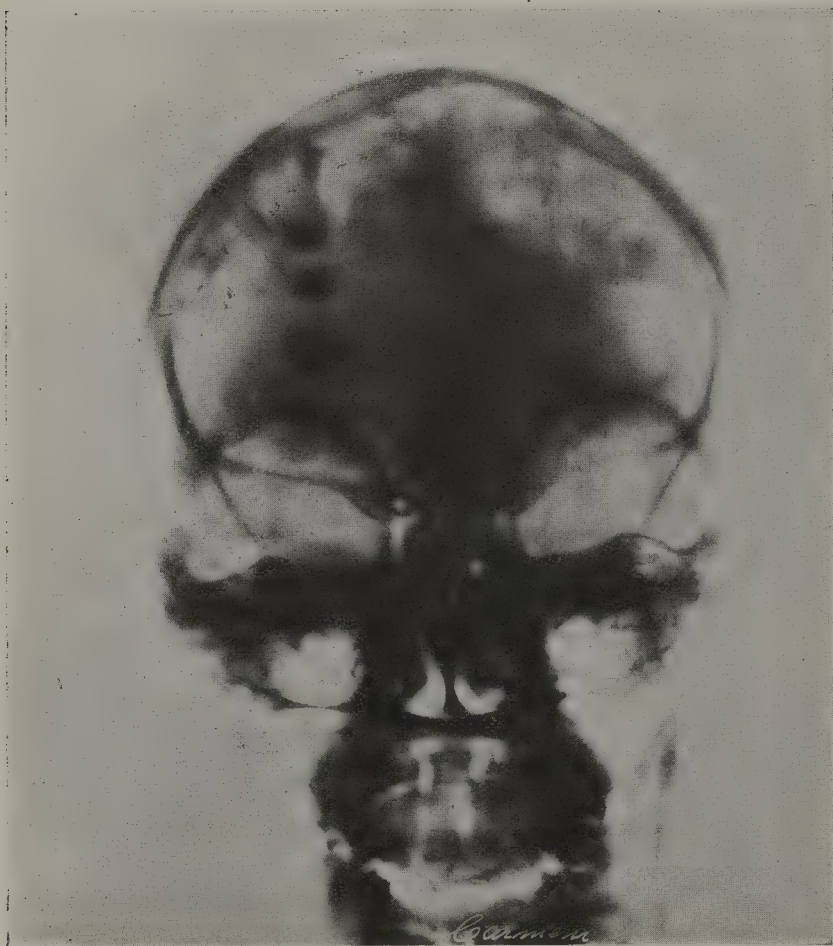


déjà nombreux opérés, il n'a été possible de trouver le moindre déficit des fonctions intellectuelles supérieures, tant de fois discuté à propos des lésions du lobe préfrontal.

Il est vraiment notable qu'un si large délabrement de la substance blanche ne soit pas suffisant pour produire des troubles objectifs. Nous avons pu juger l'extension de cette destruction du centre ovale, en suivant la méthode inventée par les auteurs américains, qui consiste à laisser tomber par le tube du leucotome une petite goutte de thorotrast dans chaque cavité sphéroïdale, et à pratiquer ensuite un examen radiographique. Cette expérience, qui a été très bien supportée, une ou deux fois que

nous l'avons faite, nous a permis de supposer que l'interruption des fibres du lobe préfrontal doit être presque totale.

L'innocuité de la leucotomie est absolue. Les malades suppor-



tent l'intervention, la plupart avec anesthésie locale, sans aucune manifestation ultérieure d'importance.

Tout au plus on trouvera dans les premiers jours quelques dixièmes de température. Nous n'avons pas vu d'hémorragie grave ou d'autres accidents opératoires.

Disposant d'une série importante de malades schizophréniques, internés dans un asile (Telhal), nous avons essayé de faire

une investigation systématique ayant pour but de juger la valeur et les possibilités de la leucotomie dans ce groupement de psychoses. Aux premiers résultats de cette série nous avons joint deux autres cas que nous avons opérés dans notre Service de neurologie. Nous avons, dans ce dernier Service, opéré, avec des succès variables, beaucoup d'autres cas que nous ne rapporterons pas ici : il s'agissait parfois de cas douteux, dont la nature schizophrénique ne pouvait être affirmée ; dans d'autres cas, la sortie, trop tôt exigée par le malade ou par la famille, ne nous a pas permis de les rapporter avec sûreté.

Nous avons opéré à Telhal 19 cas de schizophrénie, dont 18 étaient de vrais processus schizophréniques et le 19^e une catatonie pure avec six mois d'évolution. Nous avons choisi de préférence des malades où la symptomatologie du processus était nettement développée. De ces schizophrénies, sept étaient de forme catatonique, trois de forme hébéphrénique et neuf de forme paranoïde. Dans toutes, l'évolution était présumée très grave.

Dix de ces malades étaient hospitalisés il y avait plus de deux ans, les neuf suivants avaient été internés dans les deux dernières années. Dans sept de ces malades, appartenant au premier groupe, on pouvait apprécier une nette détérioration intellectuelle ; dans les dix restants, l'exploration du fonds intellectuel permettait de croire à une intégrité absolue de l'intelligence.

Dans cette série de malades nous avons obtenu trois résultats favorables, dans deux desquels on peut parler de guérison. Nous allons résumer d'abord les observations de ces malades, et après, nous rapporterons les deux cas aussi favorables opérés en service ouvert.

I. A. F. F. C., 43 ans. — Processus schizophrénique, forme paranoïde. Il y a 15 ans, début par un état d'excitation maniforme, d'éclosion soudaine, avec nombreux phénomènes hallucinatoires. Au commencement évolution périodique et remittente, avec des périodes d'apparent bien être. Développement progressif de la symptomatologie schizophrénique : des idées de persécution incohérentes, délire d'influence, hallucinations en écho de la pensée, nature étrange et contrainte de ses pensées, agitation psycho-motrice automatique, etc...

Les phénomènes psycho-moteurs prédominaient, surtout une agitation improductive, dangereusement agressive, continuée parfois pendant des mois.

Le malade avait aussi, fréquemment, des raptus auto destructifs extrêmement violents. Activité pragmatique compliquée, avec beaucoup de maniérismes et bizarreries.

Dans les dernières années on pouvait l'explorer seulement dans les périodes de quelques jours pendant lesquels l'agitation déclinait : on pouvait donc apprécier plusieurs caractères schizophasiques du langage, surtout des néologismes. La plupart des réponses du malade étaient, pourtant, lucides démontrant une assez bonne conservation intellectuelle.

Opéré le 27 avril 1937. Aussitôt après l'opération il y a eu une transformation assez nette de l'état du malade : il a perdu son excitation agressive, il parle et répond correctement, sa conduite est presque normale. Seulement il se maintient un peu isolé ne cherchant pas lui-même la compagnie, mais ne la fuyant pas quand on l'impose.

II. J.-S. P., 35 ans. — Début de la psychose, il y a 6 ans, par une période d'hypocondrie très accentuée, avec de nombreuses plaintes corporelles sans fondement, surtout référées à l'appareil digestif.

Peu à peu installation d'un syndrome dépressif avec des idées d'incurabilité, auto-accusation, interprétation cénesthésique, tentatives de suicide et d'assassinat de l'épouse et d'un fils. Au bout de quelques mois d'évolution, transformation du tableau morbide dans un délire d'influence, très intense, avec sensation très nette de transformation corporelle, erreurs psycho-sensorielles, vol et contrainte de la pensée, et psychomotilité bizarre parfois discordante. Autisme et indifférence ; haine de la famille. Idées et préoccupations philosophiques de négation de la divinité. Diagnostic : processus schizophrénique de forme paranoïde.

Leucotomisé le 28 avril 1936. Après l'intervention, amélioration progressive, bien que lente.

Deux mois plus tard, le malade avait perdu ses idées délirantes, il recevait très bien sa famille et les médecins. Il se conduisait correctement.

Le 25 décembre le malade est sorti de l'asile et resta chez lui, tout à fait bien, pendant quelques jours. Un matin il sort de la maison et inexplicablement se fait tuer sous un train.

III. J. F., 22 ans. — Syndrome pur de catatonie acinétique, commencé à peu près six mois avant la leucotomie, par une période d'agitation modérée, avec excitation idéative, qui dura seulement quelques jours. Cette excitation calmée, le malade tomba dans un état de catatonie, avec immobilité absolue, négativisme, fixation plastique des attitudes, sitiophobie, exonération de matières fécales et d'urine dans le lit. Le mutisme était presque absolu : toutefois on arrivait à obtenir du malade quelques réponses que dénonçait à peine un léger degré d'obtusion.

Soumis à la leucotomie le 15 juillet 1936.

Après l'intervention le malade a eu une amélioration immédiate,

parlant et se mouvant, mais il est retombé à nouveau dans l'état catatonique. Il est resté dans cet état à peu près deux semaines, après lesquelles, progressivement il a atteint la guérison définitive.

IV. J. D. M. Jor., 33 ans. — Processus schizophrénique, forme paranoïde, dont l'évolution chronique et progressive a commencé quelques années avant l'internement (1936). Troubles typiquement schizophréniques de la personnalité, perte des intérêts généraux, anomalies des affections familiales, avec froideur vers sa femme et fixation érotique sur une sœur, complexe d'homosexualité, etc..

Notion désagréable de changement d'attitude psychique et corporelle, sensation vague de perplexité et étrangeté devant le Monde, idées délirantes primaires, fausses reconnaissances.

Motilité schizophrénique, avec des maniérismes, des extravagances motrices, une mimique discordante, etc. Troubles du langage : signification double de certains mots, expressions symboliques, néologismes, langage recherché. Hallucinations auditives en écho et en commentaire de la pensée.

Insulinothérapie en novembre 1936 : grosses réactions motrices, idéatives et affectives, mais aucun résultat thérapeutique.

Leucotomie le 15 juin 1937. Guérison en peu de jours, après l'intervention. Tous les symptômes cliniques sont maintenant disparus et le malade va reprendre son activité professionnelle.

V. J. R. G., 25 ans. — Schizophrénie, forme catatonique. Le malade a eu un premier épisode psychotique en 1928 : un état d'excitation désordonnée a éclaté brusquement, accompagné d'inhibition idéative et de barrage. L'excitation calmée, le malade est tombé dans un état de catatonie acinétique. Cet état, parfois, était interrompu par de violents accès d'agitation presque raptiforme, accompagnés de propos incohérents. Cette psychose a guéri à la fin de quelques mois d'internement.

En 1935 une nouvelle psychose éclata. D'abord le malade présentait une période de doute et soupçon morbide, après laquelle se sont établies des idées délirantes de persécution très étranges (le malade accusait le médecin de l'avoir injecté avec du mercure dans le cerveau). Progressivement s'installa un syndrome de catatonie hypercinétique avec agitation désordonnée, permanente, beaucoup de stéréotypies, mais accompagné d'une relative lucidité de la conscience, malgré la persistance des idées délirantes schizophrènes.

L'agitation a persisté pendant neuf mois avec grave décadence de l'état général.

C'est pendant cette agitation que le malade a été opéré (21 mars 1936). L'agitation a disparu aussitôt après l'opération et le malade a complètement guéri en peu de jours. Cette guérison se maintient aujourd'hui, après un an et demi.

Nous nous abstiendrons de considérations d'ordre statistique qui seulement pourraient s'adresser à la première partie de nos cas. Nous croyons qu'il s'agit d'un trop petit nombre de cas pour pouvoir en déduire des conclusions numériques.

Toutefois, il faut affirmer, dès à présent, que le pourcentage des malades schizophréniques, qui peuvent guérir complètement par la leucotomie est petit.

Nous ne voulons pas vous présenter une statistique illusoirement favorable, comme si souvent c'est le cas dans les méthodes thérapeutiques proposées pour la schizophrénie.

Nous croyons pouvoir déduire de notre pratique que les cas récents ont plus de probabilités de guérison que les anciens ; qu'il est inutile de faire leucotomiser des malades avec déficit intellectuel ; que les formes paranoïdes, avec grande intensité du délire nous ont fourni nos meilleurs cas.

Ce simple fait d'avoir obtenu des guérisons dans des psychoses de nature schizophrénique, par la leucotomie, vient poser un problème d'une haute importance. Comment concilier ces faits avec les doctrines pathogéniques de la schizophrénie ? Comment peut-on comprendre que la destruction de la substance blanche des lobes préfrontaux soit susceptible de conduire à l'interruption de la symptomatologie évolutive du processus schizophrénique ?

Doit-on déduire des faits que nous présentons des conclusions pathogéniques ?

Seulement l'emploi systématique de la leucotomie dans un plus grand nombre de cas pourrait éclaircir nos doutes.

M. le Professeur SOBRAL-CID (de Lisbonne). — Je remercie d'abord la Société du grand honneur qu'elle m'a fait ce matin en m'élisant membre associé étranger et je me souviens de mes illustres prédécesseurs Malgalhaes Lemos et Julio de Mattos qui se montraient si fiers de ce titre.

Je vous demande ensuite la permission de prendre la parole sur la leucotomie, la plus récente découverte de la science portugaise que nous devons au professeur Egas Moniz et que notre jeune compatriote Furtado, dont je salue le grand avenir psychiatrique vient de nous exposer si brillamment. En adressant à mes distingués compatriotes tous mes compliments, je n'hésite pas à leur déclarer sans ambage que je suis loin de partager leur enthousiasme pour cette méthode.

D'abord je ne puis m'empêcher de comparer leurs leucotomisés

aux blessés de guerre du cerveau, tout au moins à ceux que le projectile atteignit à la pointe du lobe frontal, bien en avant des zones motrice et pré-motrice. Et je reste frappé par la ressemblance de ces opérés avec les blessés préfrontaux sortis du coma initial et n'ayant aucune complication septique. Deux fois j'ai, chez des leucotomisés, constaté le syndrome de jovialité de la moria compliqué de troubles vasomoteurs céphaliques : hyperhémie faciale et conjonctivale. Chez d'autres malades, j'ai observé transitoirement des troubles de l'équilibre ou plus exactement de l'orientation de la marche avec déviation de l'index. Mais dans la majorité des cas, le syndrome dominant fut celui de l'acinésie frontale : suppression pendant les premiers jours de toute activité spontanée. Les malades livrés à eux-mêmes restent indéfiniment immobiles. Sur commandement, ils obéissent avec des mouvements lents et parcimonieux. Leur attention sensorielle surtout pour la vue est paresseuse. Leur résonance affective avec la mimique qui l'exprime est amoindrie. Les réactions mimiques à l'excitation se font avec retard (émotion retardée). Je me contente de signaler les exemples suivants : une malade très agitée et impulsive avant l'opération se laisse, quatre semaines après, gifler par une compagne sans esquiver le moindre geste de riposte, ou même de défense. Une autre, à qui j'avais recommandé à l'infirmière de ne rien offrir à boire ni à manger, est restée au lit sans prendre aucune nourriture.

C'est donc cet état général d'apathie acinétique qui constitue les améliorations mentales consécutives à la leucotomie. Et voici comment il y a une amélioration.

Les seuls syndromes qui bénéficient de la leucotomie sont : les syndromes dépressifs à tonalité anxieuse ; les états maniaques et les syndromes hypercinétiques que Kleist prétend isoler sous le nom de psychoses de la mobilité et qui, en réalité, ne sont que des formes atypiques ou dégradées de la psychose maniaque-dépressive. En résumé : anxiété et excitation, sauf l'excitation catatonique.

La disparition de tels syndromes n'a rien d'étonnant. Là où il y a de l'acinésie ne peut coexister la facilité, l'exubérance, le luxe des mouvements. Là où la résonance affective est mise en sourdine les extériorisations de l'humeur sont également impossibles. Et toutes les impulsions proprioceptives sont pour la même raison sans effet.

On peut donc dire que la leucotomie est une thérapeutique purement symptomatique qui supprime la réalisation des stimuli-endogènes. Des hallucinations et des idées délirantes, elle

ne supprime que celles qui ont une base affective (délires hothymiques). Ceci posé, on peut se demander si l'on a le droit d'infliger au malade une mutilation centrale si considérable, pour le délivrer d'un syndrome psychosique qui est curable de par sa nature et qui aurait spontanément guéri en quelques mois ? A cette objection l'auteur de la leucotomie répond en proclamant l'innocuité de sa méthode aussi bien pendant l'opération que pour l'avenir.

Je ne suis pas de cet avis. Passé est le temps où l'on supposait la région préfrontale capable de tolérer toutes les agressions. La guerre nous a instruits sur l'installation insidieuse des états post-traumatiques tardifs qui aboutissent à une atteinte chronique de la vie mentale. Cette atteinte n'est parfois pas immédiatement évidente et reste compatible avec, pendant l'interrogatoire, les apparences de la validité. Mais ils n'ont plus qu'une activité routinière, sont incapables d'acquisitions et d'adaptations nouvelles et sont diminués par rapport à ce qu'ils étaient. Comme le dit Feuchtwangen, tous les processus sont ralentis dans leur rythme. L'élan vital est affaibli et le rendement du travail très diminué. On peut même voir une dégradation de la personnalité plus fréquente que la simple bradypsychie et qui entrave la réadaptation du blessé aux milieux social et même familial.

On est en droit de se demander s'il n'en sera pas de même des leucotomisés.

Quant à l'hypothèse de la « fixation fonctionnelle » par laquelle l'auteur explique les bons résultats de sa méthode qui couperait les voies de conduction des idées morbides, elle repose sur une pure mythologie cérébrale. Ces bons résultats, pour moi, ont une autre base. Le cerveau, blessé par le leucotome, met immédiatement en œuvre toutes ses réactions défensives : vasomotrices, hémostatiques, métaboliques et autres. Parmi celles-ci il faut peut-être compter le réflexe inhibiteur qui met au repos la région lésée, région qui, en l'espèce étant le lobe préfrontal est la sphère sensorielle des incitations cinétiques proprioceptives endogènes.

Et j'en arrive à me demander si une simple piqûre nullement mutilante ne suffirait pas à produire cette inhibition.

Ces réflexions paraîtront peut-être bien sévères. Elles sont conformes à l'attitude que j'ai toujours eue à l'égard de mon ami Egas Moniz chaque fois qu'il a bien voulu me mettre au courant de ses travaux. Car je crois que pour le savant qui cherche une voie, les critiques sont toujours plus profitables que les louanges.

M. Paul COURBON (de Paris). — J'ai écouté la communication qui vient d'être faite et la critique du professeur Sobral-Cid qui l'a suivie, avec la plus grande attention, pour de nombreuses raisons.

D'abord à cause de la grande autorité du professeur Egas Monis, dont la magnifique découverte de l'artériographie cérébrale a sauvé et sauvera encore tant de vies humaines dans tous les pays. Ensuite parce que depuis de nombreuses générations, en passant par celles des Mattos, des Bombarda et des Magalhães Lemos, jusqu'à celles des Sobral-Cid et des Maura, la collaboration des psychiatres portugais a toujours été pour les psychiatres français aussi fructueuse qu'agréable. Troisièmement parce qu'il s'agit d'une nouveauté thérapeutique et que je crois que le souci du traitement doit de plus en plus occuper l'esprit des psychiatres. Enfin parce que la thérapeutique proposée est d'ordre chirurgical et que, ainsi que je le répète depuis longtemps, la psychiatrie me paraît en droit de fonder de grands espoirs sur la chirurgie, celle-ci étant conçue à la façon de Leriche comme une technique de la physiologie. Néanmoins j'avoue ne pas être tenté d'appliquer à mes malades l'opération qui vient de nous être exposée, cela parce qu'elle s'inspire d'idées purement théoriques et non de constatations cliniques et parce que les blessures du cerveau, pour inoffensives qu'elles paraissent tout d'abord, risquent de déterminer, à plus ou moins longue échéance, de redoutables conséquences : méningites, épilepsie, abcès du cerveau, et autres conséquences que le professeur Sobral-Cid nous a si judicieusement exposées.

La malariathérapie, l'insulinothérapie, l'inoculation intracérébrale s'inspiraient de constatations cliniques. Depuis qu'il y a des aliénistes et qui observent des aliénés, ils ont constaté que la fièvre et l'agonie ramenaient parfois une merveilleuse lucidité. Et les applications médicamenteuses sur les régions malades se sont révélées efficaces dans toutes les branches de la pathologie.

Par contre, on n'a jamais vu la mutilation hasardeuse d'un organe améliorer son fonctionnement. L'hypothèse que la section des fibres d'un cerveau aux associations mentales défectueuses va ramener un aiguillage cicatriciel correct de l'influx psychiatrique est purement arbitraire.

La folie étant la pire des infortunes, je suis de l'avis de ceux qui pensent qu'il faut tout tenter, contre elle, tout mais à la condition que ce ne soit pas à l'aveuglette. Le droit que réclame Ducosté pour le psychiatre, de guérir, malgré lui, un malade

incapable d'un consentement valable à une opération, la société ne nous l'accordera qu'autant que l'exercice de ce droit ne lui semblera pas une expérimentation insouciant des risques de nuire.

Voilà pourquoi, bien qu'approuvant l'application de la malariathérapie et de l'insulinothérapie, je n'ai pas pour la leucotomie l'enthousiasme que j'ai pour l'artériographie cérébrale du professeur Egas Monis.

M. GUIRAUD (de Paris). — Même après les légitimes restrictions du professeur Sobral-Cid, il est intéressant de constater que l'intervention chirurgicale appelée leucotomie par Egas Monis peut dans certains cas produire d'heureux résultats thérapeutiques. Cependant on aurait tort à mon avis de solidariser ces résultats avec une théorie que sa simplicité rend peu séduisante. Quand on introduit dans la substance blanche un instrument quelconque on provoque d'importantes réactions de la microglie, de la macroglie et de l'oligodendrogliose. Je l'ai constaté bien des fois au cours de recherches expérimentales sur le lapin; le fait avait déjà été mis en évidence par Rio Hortega. C'est à cette réaction névroglique bien plus qu'à des ruptures hypothétiques de phénomènes de fixation pathologique que j'attribuerais les effets favorables de la méthode d'Egas Monis.

M. le Professeur Art. DONAGGIO (de Bologne). — Je crois que cette méthode se différencie peu, quant à l'explication des résultats, de la thérapeutique par le choc insulinaire. Chaque fois, on note de gros troubles histochimiques des fibres du cerveau et ces chocs se répètent, la fibre ne peut plus retrouver sa structure normale. Ainsi on arrive à une lésion définitive. Dans tous les cas, je félicite les auteurs sur les résultats qu'ils nous ont apportés.

M. Diogo FURTADO (de Lisbonne). — Nous croyons que malgré la blessure du cerveau, les malades traités par la leucotomie ne peuvent pas être comparés aux blessés accidentels. D'abord les plaies sont minimales. Ensuite elles sont faites aseptiquement. Enfin les lésions de la substance grise sont insignifiantes, la destruction étant limitée à la substance blanche. Pour toutes ces raisons nous pensons que les malades qui ont bénéficié de cette thérapeutique ne sont pas soumis aux redoutables conséquences qui menacent les sujets qui ont été traumatisés, d'une façon plus ou moins diffuse, avec attritions larges de l'écorce, et ensemencements microbiens.

Quant au diagnostic précis des troubles mentaux des malades dont nous avons résumé l'histoire je ne le discuterai pas, vu l'heure tardive, les termes démences précoces et schizophrénie ayant des acceptions diverses suivant les auteurs.

Catatonie et catalepsie expérimentale par imprégnation corticale ou par lésions chirurgicales corticales chez le lapin et le singe (Discussion des facteurs de localisation et de diffusion dans la pathogénie de la catalepsie), par MM. H. BARUK et PUECH.

La question de la localisation de la catalepsie ou de la catatonie expérimentale reste encore très discutée. De nombreuses recherches ont été effectuées sur ce sujet en utilisant la bulbo-capnine, avec encore maintenant des résultats contradictoires.

A quelle partie du système nerveux est due la catalepsie bulbo-capnique ? On a d'abord discuté pour savoir le rôle respectif du cortex, ou des régions mésentéphaliques. Les recherches initiales les plus importantes sur cette question ont été celles de Shaltenbrand (1) et de Girndt et Shaltenbrand (2). Elles consistaient à réaliser l'intoxication bulbo-capnique chez une série d'animaux, ayant subi l'ablation de certaines parties du système nerveux : ablation des hémisphères cérébraux, sections entre corps strié et thalamus (animaux thalamiques de Magnus), transection mésentéphalique, enfin section au-dessus de la moelle (animaux médullaires). Ces expériences montrèrent que la catalepsie bulbo-capnique ne se produit que lorsque le cortex de l'animal est intact. Elle ne se produisait pas chez les animaux à qui on a enlevé le cortex cérébral.

Toutefois, ces diverses expériences étaient faites d'une façon « aiguë », c'est-à-dire que l'injection de bulbo-capnine était pratiquée aussitôt après l'opération. Plus tard, Shaltenbrand et Stanley Cobb (3) reprirent ces recherches en utilisant l'expérience

(1) SHALTENBRAND. — Ueber die Bervegungsstörung bei akuter Bulbokapninvergiftung. *Arch. f. exp. Path. u. Pharmacol.*, Bd. CIII, H. 1, 2, 1924 et *Pflügers Archiv. f. ges. Physiologie*, Bd. CCIX, H. 5-6 oct. 1925.

(2) GIRNDT et G. SHALTENBRAND. — Die Wirkung des Bulbokapnins auf Thalamuskatzen. *Pflügers Archiv. f. d. ges. Physiologie*, Bd. CCIX, H. 5-6 oct. 1925.

(3) SHALTENBRAND et STANLEY COBB. — Bulbokapninkatalepsie und Lokalanesthetie bei Grosshorn Operationen im Tierversuch. *Pflüger's Archiv. f. d. ges. Physiol.*, Bd. CCXVIII, H. 3, 4.

chronique, c'est-à-dire en injectant la bulbo-capnine plusieurs mois après l'ablation du cortex. Cette fois les résultats furent tout différents, et la catalepsie bulbo-capnique se produisit malgré l'absence du cortex.

Toutefois, ces expériences ne visaient que la catalepsie et non la catatonie. Et encore, ces auteurs n'envisageaient-ils, sous ce terme de catalepsie, qu'un symptôme purement moteur, assez proche de l'akinésie de la paralysie agitante, et par conséquent bien loin de la catalepsie psycho-motrice humaine.

C'est seulement après la publication de nos premiers travaux avec de Jong (1) en 1928, qu'une relation fut établie pour la première fois entre la catalepsie et la catatonie bulbo-capnique et la catatonie humaine. Ces rapprochements devaient inciter encore plus à approfondir le problème de la localisation de la catatonie bulbo-capnique, car c'était là un moyen détourné d'aborder celui si controversé de la localisation de la catatonie humaine.

Dans mes recherches expérimentales avec de Jong (2), nous avons laissé de côté la méthode opératoire, pour lui préférer la *méthode phylogénique* : en réalisant l'épreuve de la bulbo-capnine dans la série animale, nous constatons que la catalepsie et la catatonie apparaissent surtout chez les animaux doués de cortex ; elle ne provoquait pas de catalepsie chez les vertébrés inférieurs dépourvus de manteau cortical. Ultérieurement, j'ai complété cette méthode phylogénique par la *méthode ontogénique* (3) en étudiant la présence ou l'absence de catalepsie chez le nouveau-né, ou le nourrisson, c'est-à-dire chez un être dont le fonctionnement cortical n'est pas encore développé. Nous n'avons pas trouvé de catalepsie. Les résultats de ces diverses méthodes quant au rôle du cortex restent donc contradictoires.

Cependant la méthode opératoire a été reprise par divers auteurs, qui ont cherché à préciser de plus près le rôle de certaines parties plus localisées du système nerveux : Krause et de Jong (4) ont étudié le rôle de la zone motrice et ont procédé à l'épreuve de la bulbo-capnine après ablation de cette zone corticale motrice. Krisch et Spiegel (5) ont précisé les troubles du tonus

(1) DE JONG et BARUK. — *Soc. de Neurologie*, 7 juin 1928.

(2) DE JONG et BARUK. — *La catatonie expérimentale par la bulbo-capnine*. Masson éditeur, 1930.

(3) H. BARUK. — *Société de Pédiatrie de Paris*, 2 février 1937, p. 83.

(4) KRAUSE et DE JONG. — *Ztschr. f. d. Ges. Neur. und Psych.*, 1931, Bd. 133, Hst. 5.

(5) H. KRISCH et E.-A. SPIEGEL. — *Ztschr. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, 122-535.

musculaire par la bulbo-capnine chez les animaux opérés. Sager (1) a fait l'épreuve de la bulbo-capnine chez des chats unilatéralement et totalement décortiqués. Il est plus en faveur d'un facteur mésencéphalique que cortical. Sager et de Jong (2) ont fait l'épreuve de la bulbo-capnine chez des chats dont on avait extirpé le cervelet en totalité ou en partie. Cette extirpation n'a pas empêché la production de la catalepsie ou de la catatonie. Ferraro et Barrera (3) ont pu réaliser la catalepsie bulbo-capnique chez des animaux ayant subi les ablations les plus variées (cortex, corps strié, mésencéphale, racines antérieures ou postérieures, sympathectomie, etc...).

Enfin Ingram et Ranson (4-5) ont observé aussi la catalepsie bulbo-capnine chez des animaux ayant subi la décortication partielle, la sympathectomie, et la labyrinthectomie. D'autre part, ils estiment que les animaux ayant subi des lésions du mésencéphale sont plus sensibles que les autres à l'action de la bulbo-capnine. Enfin ils ont réalisé une catalepsie expérimentale par des lésions dans la région des tubercules mamillaires.

On voit donc qu'il est difficile, par l'analyse de la littérature médicale, d'arriver à une conclusion sur la localisation de la catalepsie et de la catatonie expérimentale. Nous avons repris depuis un an et demi l'étude de ce problème par une expérimentation systématique effectué dans notre laboratoire de la Maison Nationale de Charenton. Ces recherches ont porté sur le lapin et le singe.

Nous avons utilisé, pour la réalisation de ces expériences, une installation neuro-chirurgicale étudiée en vue des opérations cranio-cérébrales chez les animaux. L'appareillage est celui couramment employé en neuro-chirurgie humaine. Nous avons utilisé un appareil à électrocoagulation dont l'un de nous se sert dans l'ablation des tumeurs du cerveau, d'autre part l'intervention est facilitée par l'appareil à succion (6). Nous avons réalisé

(1) O. SAGER. — *Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin*, B. 81, 5 u. 6, 1932, p. 543.

(2) SAGER et DE JONG. — *Proceedings de l'Ac. des Sciences d'Amsterdam*, vol. XXXVI, n° 5, 1933.

(3) FERRARO et BARRERA. — *Experimental catlepsy*, 1 v. State Hospital Press Utica, N.-Y., 1932.

(4) INGRAM et RANSON. — *Archives of Neurology and Psychiatry*, mai 1934, vol. 31, pp. 987-1006.

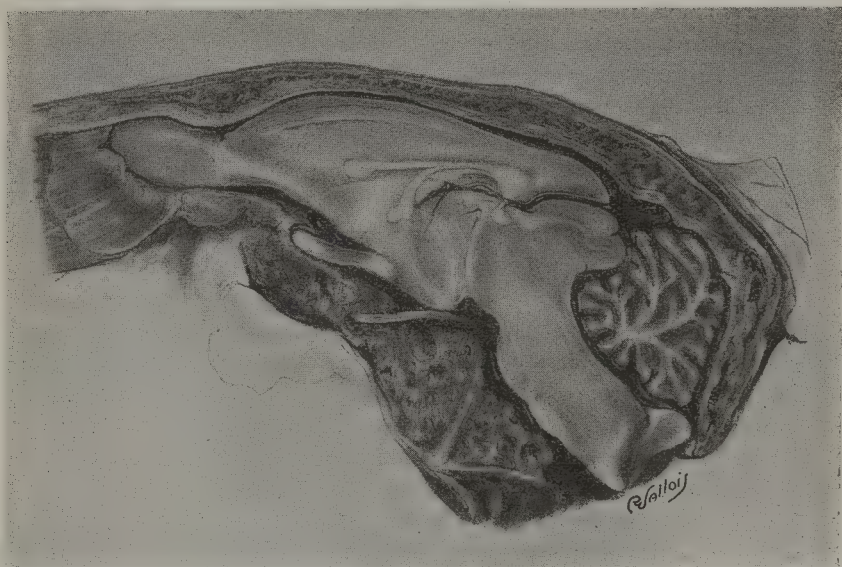
(5) RANSON et INGRAM. — *Catalepsy caused by lesions between the mamillary bodies and third nerve in the catat. Amer. J. Physiol.*, 102, 690, 1932.

(6) Nous devons remercier tout spécialement et très vivement la Fondation Rockefeller, qui nous a donné les moyens d'équiper et d'organiser notre laboratoire de Physiologie neuro-chirurgicale. Nous n'exprimerons jamais assez notre gratitude pour l'aide précieuse qu'elle n'a cessé de prodiguer à nos recherches sur la catatonie expérimentale.

un système spécial de contention adapté au lapin, ou au singe. Les opérations ont porté sur 20 lapins et 6 singes (*macacus cynomolgus*). Nous avons utilisé deux méthodes :

1° La méthode d'imprégnation toxique (par la bulbo-capnine, la toxine colibacillaire, etc...) de diverses parties du système nerveux.

2° La méthode opératoire avec des lésions diverses du cortex.

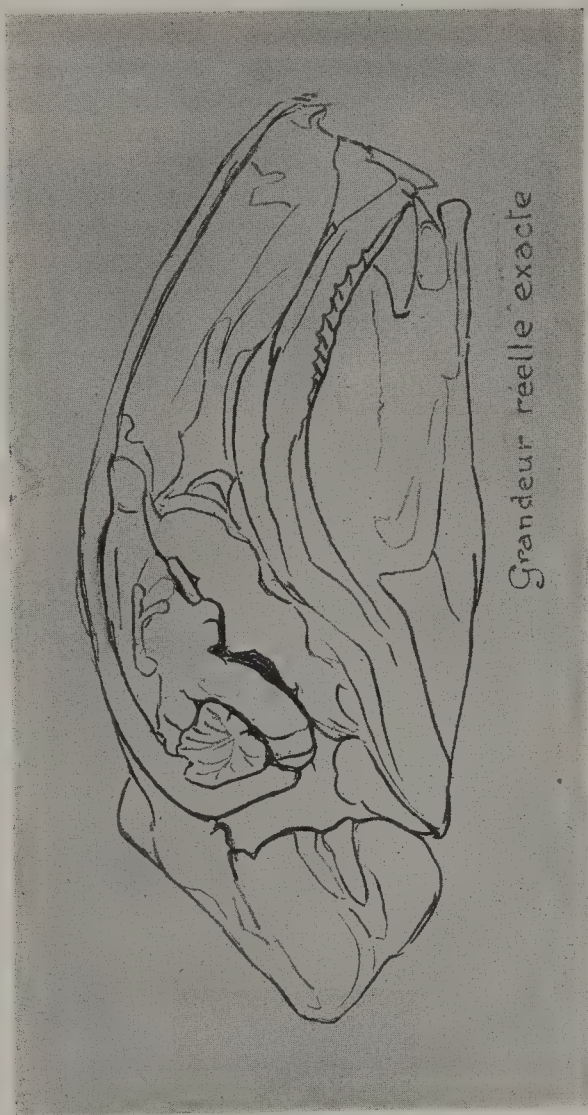


Nous avons dû, pour réaliser convenablement ces opérations, procéder à des études anatomiques cranio-cérébrales chez le lapin et le singe. Pour le premier, nous avons été aidés par le livre de Winkler et Potter (1). Pour le second par le livre de Kappers (2). Nous avons dû toutefois préciser par des recherches spéciales la topographie cranio-cérébrale du lapin. On trouvera dans la planche ci-jointe les résultats de nos recherches anatomiques, ainsi que les divers temps de l'intervention chez le lapin.

(1) WINKLER et POTTER. — *Anatomical Guide to experimental researches on the rabbit's brain*, 1 vol., Amsterdam-Wersluys, 1911.

(2) KAPPERS. — *Anatomie des Nervensystems der Wirbeltiere und des Menschen*. Haarlem, F. Bohn, 1920.

I. IMPRÉGNATION TOXIQUE DES DIVERSES PARTIES DU SYSTÈME NERVEUX PAR DES SUBSTANCES CATATONIGÈNES. — Nous avons



tenté de réaliser comparativement l'imprégnation du cortex cérébral entier, celle du lobe préfrontal, celle de la base du cerveau, une fois enfin celle du ventricule.

A. *Imprégnation corticale étendue chez le lapin.* — La technique de l'imprégnation localisée est difficile. On peut en effet arroser le cortex, mais on ne peut plus déterminer la part qui revient dans ce cas à la diffusion du liquide. D'autre part, lorsqu'au cours de l'intervention, des vaisseaux saignent, si on ne prend pas des précautions particulières pour réaliser avant l'imprégnation, une hémostase rigoureuse, il peut y avoir là des causes d'erreur. C'est ce qui nous est arrivé dans nos premières expériences où nous avons observé dans ces conditions après imprégnation corticale de bulbo-capnine chez le lapin une catalepsie impressionnante, avec impulsions, cécité corticale, etc...

Nous avons donc ultérieurement utilisé l'imprégnation par des *cotons imprégnés de bulbo-capnine ou de toxine colibacillaire*, cotons réalisant des dimensions exactement superposables à la région que l'on veut imbiber. Tantôt nous laissons en place ces cotons quelques minutes, tantôt on les laissait complètement en place et on suturait par dessus les plans superficiels, pour observer ensuite l'animal (1). Voici à titre d'exemple quelques protocoles d'abord chez le lapin :

Lapin n° 3, le 20 mars 1936.

On découvre le cortex.

On applique sur le cortex un coton complètement imbibé d'une solution de bulbo-capnine Merck (0 gr. 100 mmgr. dans 2 cc.).

On laisse en place 10 minutes.

Très légères secousses de la tête. On enlève le coton et on suture la peau.

12 h. 30 : on lâche ensuite l'animal, crie, bondit, puis urination abondante, un peu affaissé sur les pattes antérieures, mais va et vient, pas de catalepsie.

On n'a pas observé de catalepsie dans les heures qui ont suivi.

En somme : *imprégnation corticale de bulbo-capnine, pas de catalepsie.*

Voici un autre exemple avec des résultats différents :

Lapin n° 13, mâle, poids 2 kgr. 620. Le 10 octobre 1936.

On trépane, on découvre largement le cortex après excision de la dure-mère. On trempe deux lamelles de coton dans une solution de bulbo-capnine contenant 0 gr. 100 mmgr. dans 5 cc. de sérum physiologique. On dépose ces deux lamelles sur le cortex durant deux

(1) Ces cotons laissés en place n'ont déterminé par eux-mêmes aucun trouble. Les animaux survivent et ne présentent aucun trouble.

minutes ; on remplace ensuite par deux autres lamelles imbibées du restant de la solution (qui a été employée presque en entier) ; on les dépose sur toute l'étendue du cortex. On suture la peau par-dessus les cotons laissés en place. Le dépôt des cotons est fait à 17 h. 23.

17 h. 34 : on place l'animal dans son parc ; va et vient, renifle, etc...

17 h. 44 : en *pleine catalepsie* ; garde les positions. La catalepsie disparaît ensuite, et à 19 h. l'animal est redevenu tout à fait normal.

En résumé : une *imprégnation bulbo-capnine du cortex plus prolongée assure une belle catalepsie*.

L'expérience suivante donne des résultats du même ordre :

Lapin n° 20, le 24 novembre 1936.

Intervention habituelle avec découverte du cortex. On place sur toute l'étendue du cortex successivement trois tampons imbibés dans deux solutions contenant 0 gr. 100 mmgr. de bulbo-capnine dans 3 cc. de sérum physiologique. On exprime les cotons et on laisse en place les deux premiers durant 5 minutes, et le dernier est laissé en permanence. Au moment où on place ce dernier tampon, secousses épileptiques (17 h.). L'animal est ensuite placé dans le parc. Se tient bien sur ses pattes, un peu en boule, la tête en rotation à droite avec mâchonnement et secousses. Immobile, on le prend à volonté ; on place une patte sur une boîte, garde la position, puis on place également l'autre patte sur le rebord, garde la position, malgré une crise de secousses avec déviation de la tête à gauche, les pattes ne s'abaissent ensuite que très lentement. Quand on le pousse, résistance intense, négativisme, s'arc-boute, se met en boule.

Abandonné à lui-même, reste immobile, pétrifié, la tête en rotation tantôt à droite, tantôt à gauche.

18 h. : nouvelles secousses, avec mâchonnements. *Négativisme intense*.

18 h. 5 : les secousses s'arrêtent. *Catalepsie extrêmement marquée*. On place l'animal debout sur les pattes de derrière, les pattes de devant placées sur un mur de façon que le lapin soit quasi vertical. Garde cette position avec de grands efforts pour la maintenir. De temps en temps ses pattes glissent, il les relève alors. Ce n'est que très longtemps après que les pattes s'abaissent paliers par paliers.

18 h. 30 : la catalepsie persiste toujours aussi intense.

20 h. 15 : disparition de la catalepsie. Redevient tout à fait normal.

En résumé cette imprégnation par coton du cortex par trois cotons successifs imbibés de bulbo-capnine dont le dernier laissé en place a déterminé une *catatonie expérimentale* très nette, avec catalepsie impressionnante, négativisme, etc...

Nous avons aussi, à plusieurs reprises chez des lapins trépa-

nés, à cortex découvert, injecté, entre la peau et le cortex, des solutions de bulbo-capnine. Il se produisait une catalepsie et une catatonie très accentuées, plus marquées encore qu'avec l'imprégnation du cortex, mais en pareil cas le liquide pouvait diffuser.

Nous avons enfin fait les mêmes expériences d'imprégnation avec de la *toxine colibacillaire neurotrope*, comme le montre le protocole suivant :

Lapin n° 6. Poids 2 kgr. 120. Le 5 avril 1936. Découverte du cortex avec un coton imbibé de toxine colibacillaire neurotrope. On le laisse en place 7 minutes.

12 h. : l'animal va et vient, paraît normal durant la journée.

Le lendemain, 6 avril, le comportement de l'animal paraît modifié : s'isole, fuit, se réfugie dans les coins ; placé sur la table, reste soudain pétrifié, une patte pendante en dehors de la table.

15 h. 15 : injection entre peau et cerveau de 2 cc. 1/2 de la toxine colibacillaire (la même que celle utilisée la veille).

Dans les heures qui suivent, troubles du comportement, s'isole, etc...

Le lendemain matin, 7 avril : catalepsie (on le prend à volonté, garde les positions, etc...) ; redevient ensuite normal les jours suivants.

En résumé, *l'imprégnation corticale par la toxine colibacillaire neurotrope a déterminé également la catalepsie, mais avec une incubation beaucoup plus longue que la bulbo-capnine.*

B. *Imprégnation corticale chez le singe.* — Nous avons essayé également l'imprégnation chez le macacus cynomolgus, comme le montre le protocole suivant :

Macacus cynomolgus. Le 12 janvier 1937.

Trépanation. On découvre la dure-mère par un volet osseux des deux côtés ; injection sous la dure-mère, de chaque côté, de 1 cc. 1/2 d'une solution de bulbo-capnine contenant 0,100 mmgr. dans 5 cc., c'est-à-dire une dose totale correspondante à 0,030 mmgr. de bulbo-capnine (15 h. 04). On laisse un peu de liquide ressortir. Suture de la peau (15 h. 13).

L'animal est ensuite placé dans sa cage : engourdi, attitude de penseur de Rodin. Reste immobile en flexion, ne s'enfuit pas quand on le menace, on peut le prendre facilement.

15 h. 30 : même état, toutefois ne garde pas très bien les positions difficiles, aspect un peu somnolent.

En résumé, l'imprégnation corticale bulbocapnine a donné lieu à une certaine catalepsie, mais moins nette que celle obtenue en général avec la même dose par injection sous-cutanée.

C. *Etude comparative de l'imprégnation corticale et de l'imprégnation de la base du cerveau.* — Nous avons essayé d'atteindre la base chez le lapin de la façon suivante :

Lapin n° 7. Le 19 mai 1936.

On découvre le cortex. On traverse avec une aiguille, immédiatement en dehors du bulbe olfactif sur la ligne médiane. On pousse l'aiguille jusqu'à l'os. On injecte ensuite par cette aiguille une solution de 0 gr. 100 mmgr. de bulbocapnine dans 2 cc. de sérum physiologique. Suture de la peau.

On détache ensuite l'animal.

19 h. : l'animal paraît notablement engourdi. Se réfugie dans les coins.

19 h. 20 : aucune catalepsie, ne garde aucune position, s'échappe quand on veut l'attraper, mais paraît seulement *somnolent*.

19 h. 55 : l'animal qui n'a toujours présenté aucune catalepsie s'endort nettement : les yeux se ferment, mais on le réveille aussitôt qu'on le touche, et il se redresse. Dès qu'on l'abandonne à lui-même, il se rendort aussitôt.

21 h. 45 : le sommeil cesse tout à fait. Redevient normal.

En résumé, l'imprégnation de la base du cerveau après ponction a provoqué un sommeil pathologique typique, mais aucune catalepsie.

Ajoutons que nous avons injecté une fois dans le ventricule chez un singe (*macacus cynomolgus*) 0 gr. 030 mgr. de bulbocapnine. L'effet fut foudroyant : relâchement sphinctérien et mort en trois minutes avec paralysie flasque. L'autopsie nous a permis de suivre le trajet de l'aiguille, de vérifier qu'elle était bien dans la corne frontale du ventricule et de constater qu'il n'y avait aucune autre lésion, ni hémorragie.

D. *Imprégnation partielle du cortex.* — Nous avons ensuite réalisé des imprégnations très localisées de certaines zones du cortex, plus particulièrement du lobe préfrontal chez le singe et chez le lapin. Nous étudierons cette question plus loin dans les chapitres consacrés aux rapports du lobe préfrontal et de la catalepsie.

II. LÉSIONS CHIRURGICALES DU CORTEX. — Nous avons ensuite réalisé chez le lapin des lésions variées et diffuses du cortex

cérébral, et noté si ces lésions déterminaient de la catalepsie ou de la catatonie.

A titre de contrôle, nous avons d'abord simplement découvert le cortex après incision de la dure-mère. L'animal n'a présenté ensuite aucun phénomène anormal.

Nous avons ensuite, afin de déterminer le rôle des facteurs vasculaires, coagulé à l'électro les gros vaisseaux des deux côtés : il en est résulté une quadriplégie. Nous avons, d'autre part, chez un autre lapin, coagulé seulement tous les petits vaisseaux du cortex : pas de paralysie ici. Nous avons procédé ensuite à des destructions corticales, tantôt par aspirations à l'appareil à succion, tantôt par abrasion d'une lamelle fine.

Une seule fois cette abrasion très superficielle du cortex a été suivie de manifestations cataleptiques. Voici cette expérience :

Lapin n° 14. Le 14 octobre 1936.

Découverte du cortex largement exposé. On abrase très superficiellement avec une fine lame de rasoir la zone corticale découverte. On place ensuite un fragment d'amnios sur la zone opératoire recouverte d'un coton. On ferme la peau avec des agrafes.

19 h. 55 : Aussitôt après l'opération, l'animal placé dans le parc paraît beaucoup plus immobile que les animaux témoins, mais il n'est pas du tout paralysé. Il semble durant la première demie heure qu'il voit mal, se bute aux objets, cependant les paupières réagissent et se ferment devant un jet de la main.

20 h. 30 : ébauche de catalepsie.

21 h. 30 : animal en pleine catalepsie. On le prend comme on veut, garde les positions indéfiniment.

Afin de vérifier s'il n'y a pas d'hématome, on rouvre alors la cicatrice, on enlève l'amnios et le coton, on voit alors une surface légèrement œdémateuse. On dépose alors par deux fois sur cette surface un coton imbibé à saturation dans une solution contenant 0 gr. 100 mmgr. de bulbo-capnine dans 5 cc. On dépose un troisième coton imbibé du restant de la solution et on le laisse en place.

La catalepsie paraît moins nette après cette imprégnation sous-corticale, qu'après l'intervention corticale.

En résumé, l'abrasion très superficielle du cortex a déterminé une catalepsie. L'imprégnation bulbo-capnique sous-corticale réalisée ensuite a plutôt fait diminuer la catalepsie.

Nous n'avons pas pu reproduire ultérieurement cette expérience : les abrasions et lésions du cortex, que nous avons ensuite réalisées, n'ont plus déterminé de catalepsie. On notait toutefois chez certains animaux porteurs de lésions ou de destruction corticale étendue, des troubles marqués du comportement, évo-

luant et s'accroissant de mois en mois : impulsions violentes, irritabilité ou parfois une prostration, une apathie, un manque d'initiative dans les jours qui suivent l'intervention ; une fois toutefois nous avons encore observé, trois heures après l'opération (abrasion du cortex), une tendance à la catalepsie ; l'animal est mort le lendemain et nous avons constaté l'existence à l'autopsie d'un hématome important recouvrant tout le cerveau (1).

CONCLUSIONS. — 1° L'imprégnation par la bulbo-capsine ou par la toxine colibacillaire du cortex cérébral sur une grande étendue chez le lapin, et par la bulbo-capsine chez le singe, a pu dans la plupart des cas déterminer de la catalepsie ou de la catatonie chez ces animaux.

2° L'imprégnation de la base du cerveau chez le lapin par la bulbo-capsine a provoqué seulement du sommeil sans catalepsie ni catatonie.

3° Nous avons une fois réalisé de la catalepsie chez le lapin aussitôt après l'abrasion en surface du cortex cérébral. Ces derniers résultats se sont montrés toutefois inconstants.

Il semble donc probable qu'un facteur cortical puisse intervenir dans la genèse de la catalepsie et de la catatonie expérimentale. Toutefois il faut faire quelques réserves sur la diffusion toujours possible des imprégnations cérébrales même au moyen de cotons bien localisés. Il semble d'ailleurs que, plus le mode d'imprégnation est diffus (injection entre peau et cerveau), plus la catalepsie ou la catatonie sont accentuées. Il faut donc se garder de faire des localisations rigoureuses, et tenir compte des facteurs de perturbations diffuses de tout le cerveau.

Lobe préfrontal et catatonie expérimentale, par MM. PUECH et H. BARUK.

De nombreux auteurs ont insisté sur le rôle du lobe préfrontal dans les manifestations psycho-motrices, dans l'initiative psycho-motrice notamment. On pouvait donc se demander si l'atteinte préfrontale ne jouerait pas un rôle dans la pathogénie de la catalepsie et de la catatonie, syndromes dans lesquels justement l'initiative psychomotrice est suspendue.

Dans le but de résoudre ce problème nous avons entrepris une

(1) Nous publierons ultérieurement l'étude anatomique et histologique complète des cerveaux des animaux opérés.

série de recherches au laboratoire de la Maison Nationale de Charenton.

Nous avons utilisé successivement l'imprégnation localisée du lobe préfrontal par la bulbocapnine, et d'autre part l'épreuve de la bulbocapnine chez des animaux privés d'un ou des deux lobes frontaux. Ces recherches ont été poursuivies également chez le lapin, et le singe (*macacus cynomolgus*).

A. Imprégnation bulbocapnique du lobe préfrontal. — Cette imprégnation est surtout intéressante à faire chez le singe, chez lequel les lobes préfrontaux sont plus importants et mieux individualisés. Voici un protocole à ce sujet :

Macacus cynomolgus. 17 décembre 1936.

Trépanation, incision de la dure-mère et découverte du cortex, sur lequel on repère les lobes préfrontaux. Imprégnation de plusieurs cotons imbibés dans une solution contenant 0 gr. 100 mmgr. de bulbocapnine. L'imprégnation dure 5 minutes. On enlève le volet osseux. La dure-mère est laissée ouverte. Suture de la peau.

Aucune catalepsie chez cet animal. Comportement absolument normal.

B. L'épreuve de la bulbocapnine chez le lapin et le singe privés de lobes frontaux. — Nous avons effectué cette expérience chez 5 lapins et 4 singes (*macacus cynomolgus*). *Les résultats furent constants : chez aucun de ces 9 animaux, l'ablation des lobes préfrontaux n'a empêché la survenue de la cataleptie bulbocapnique.* Au contraire, il nous a même semblé que la cataleptie et la cataleptie étaient plus marquées chez ces animaux privés des lobes frontaux.

Il faut noter d'autre part qu'après ablation des lobes frontaux nous avons remarqué, surtout chez le lapin, une certaine brusquerie des mouvements, une tendance à l'impulsivité, parfois même des réactions agressives, surtout dans les jours ou les semaines qui suivaient l'opération, ces manifestations pouvant s'atténuer plus tard. L'olfaction semblait également troublée et il en résultait qu'au début les lapins ne prenaient pas de nourriture. Mais très rapidement, en un ou deux jours, ces troubles disparaissaient. Ce fait s'explique par le voisinage du lobe préfrontal et du lobe olfactif. Toutefois, en aucun cas, qu'il s'agisse du singe ou du lapin, nous n'avons constaté, après l'ablation préfrontale, la disparition de l'initiative motrice.

Voici, à titre d'exemples, les protocoles d'une injection de même dose de bulbocapnine chez deux lapins sensiblement de

même poids, l'un ayant subi l'ablation des lobes frontaux, l'autre, normal, servant de témoins :

Le 17 juillet 1936

a) Lapin sans lobes frontaux

Ablation des 2 lobes préfrontaux le 10 juin 1936, c'est-à-dire environ un mois avant.

Suites opératoires bonnes. Au début impulsivité, brusquerie, mouvements de manège. Ces troubles avaient presque complètement disparu au moment de l'épreuve de la bulbo-capnine.

Le 17 juillet à 10 h. 53 : injection sous-cutanée de 0 gr. 200 mmgr. de bulbo-capnine.

Aussitôt après : polypnée.

11 h. 10 : Catalepsie impressionnante.

12 h. 30 : l'animal est toujours en pleine catalepsie.

b) Lapin témoin

Le 17 juillet à 10 h. 55 : injection sous-cutanée de 0 gr. 200 mmgr. de bulbo-capnine.

Polypnée.

Ebauche légère de catalepsie.

L'ébauche de catalepsie a totalement disparu depuis 3/4 d'heures.

En résumé : la même dose de bulbo-capnine a déterminé une catalepsie beaucoup plus intense et beaucoup plus prolongée chez l'animal sans lobes préfrontaux que chez l'animal témoin.

Chez le singe, nous avons procédé à la même épreuve, tantôt chez des animaux ayant subi une ablation unilatérale d'un lobe préfrontal, tantôt ayant subi une ablation bilatérale.

a) Ablation unilatérale.

Singe n° 4 (macacus cynomolgus) ;

Le 7 mai 1937 : ablation du lobe préfrontal droit. Suites opératoires normales. Comportement normal de l'animal.

Le 19 mai : injection sous-cutanée de 0 gr. 080 mmgr. de bulbo-capnine à 9 h. 45.

9 h. 53 : attitude du penseur de Rodin.

10 h. 5 : catalepsie très nette avec négativisme. Conservation remarquable des positions, même des membres en l'air. La conserva-

tion des attitudes paraît *plus nette à gauche*. Quand on soulève la patte de ce côté, l'animal ne la laisse pas retomber et la garde en l'air ; à droite il laisse retomber sa patte.

Par contre pour maintenir son équilibre, l'animal s'appuie presque exclusivement sur son côté droit dont il se sert spontanément beaucoup plus que de son côté gauche : l'animal se tient en effet en flexion, le coude gauche posé sur le genou, l'avant-bras gauche restant en l'air, la main droite repose sur le sol et semble supporter le poids du corps.

On essaie à maintes reprises de modifier cette position, l'animal revient sans cesse à sa position initiale, et ne sert jamais comme point d'appui de son côté droit, le bras gauche restant en l'air.



On place un bâton dans ses deux mains, le saisit plus du côté gauche, et garde beaucoup plus longtemps cette position que du côté droit ; le bras droit abandonnant le bâton se reporte à terre et soutient de nouveau le poids du corps.

En résumé : à gauche (côté opposé à la lésion), *catalepsie* très accentuée, avec prise active et persévérance des attitudes imposées, mais sans utilisation spontanée des membres de ce côté. À droite, catalepsie moins accentuée, mais utilisation spontanée des membres de ce côté.

Ces phénomènes extrêmement curieux et que nous avons vu pour la première fois semblaient consister dans une *sorte d'oubli des membres du côté gauche avec conservation très prolongée des attitudes imposées de ce côté*. C'est là un symptôme particulièrement superposable aux manifestations les plus fines de la

catatonie humaine, phénomène d'autant plus remarquable qu'il était unilatéral.

Ultérieurement nous avons pratiqué l'épreuve de la bulbo-capnine chez un singe ayant subi l'ablation unilatérale du lobe préfrontal gauche. Nous avons fait chez cet animal l'épreuve de la bulbo-capnine cinq jours seulement après l'opération. Nous avons obtenu une catatonie expérimentale extrêmement développée, avec une catalepsie et un négativisme excessivement impressionnants, mais nous n'avons pas retrouvé les différences d'un côté à l'autre que nous avons observées chez le singe précédent.

Enfin, nous avons fait l'épreuve de la bulbo-capnine chez un singe privé des deux lobes frontaux. Cette épreuve a été faite sept jours après l'opération. Nous avons observé une des catatonies expérimentales les plus accentuées que nous ayons jamais vues : catalepsie extrême, avec conservation active des positions les plus extraordinaires, négativisme, tremblement, etc.

CONCLUSIONS. — 1° L'ablation des lobes préfrontaux n'empêche nullement la catatonie bulbo-capnique. Celle-ci semble au contraire plus accentuée chez les animaux privés de lobes préfrontaux que chez les animaux témoins.

2° Dans un cas d'ablation unilatérale d'un lobe préfrontal, la catalepsie prédominait du côté opposé à la lésion, et par sa disposition segmentaire, l'aspect d'oubli du membre réalisait un aspect extrêmement spécial, et susceptible de rapprochements particulièrement intéressants avec la catatonie humaine.

3° L'imprégnation localisée des lobes préfrontaux ne nous a pas, non plus, permis de déterminer la catatonie.

Effets stimulants de la benzédrine dans la fatigue nerveuse et l'hypotonie végétative, par MM. Jacques DELMOND et René VERCIER (Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle, directeur Dr Genil-Perrin) (1).

Comme note préliminaire à un exposé plus complet de nos recherches thérapeutiques, nous avons tenu à vous communiquer les résultats particulièrement favorables que nous avons obtenus à l'aide d'un nouveau médicament sympathicomimétique la β *phénylisopropylamine* (*benzédrine*). Ce corps synthéti-

(1) Les examens physiologiques sont dus à l'obligeance de M. Simonnet, Chef de Laboratoire.

que, de formule voisine de l'adrénaline et de l'éphédrine, mais d'action sensiblement différente, a été expérimenté principalement aux Etats-Unis par MM. Abr. Myerson (1), de Boston, Prinzmetal et Bloomberg (2), Solomon, Davidoff (3), etc. Son emploi est à l'heure actuelle inconnu en France.

Les auteurs précités ont tout d'abord prescrit ce médicament dans la narcolepsie post-encéphalitique, puis dans les états d'asthénie, de déséquilibre végétatif, dans le parkinsonisme et la stupeur catatonique. Son emploi a été étendu à la thérapeutique des états de fatigue chez l'individu normal (Sargant et Blackburn) (4).

Nos observations personnelles concernent des sujets très divers, parmi lesquels nous avons isolé quelques exemples particulièrement frappants par la rapidité et la continuité de l'action thérapeutique.

OBSERVATION I (*Dépression constitutionnelle*). — Cam. D., homme de 28 ans, célibataire, peintre en bâtiments, atteint de dépression constitutionnelle, fatigabilité physique et psychique. Se plaint de malaises, de vertiges. Le moindre travail provoque un épuisement rapide et prolongé. Signale qu'il peut effectuer un effort violent et court, mais qu'il ne peut soutenir un effort même minime. Impression de lassitude surtout accentuée le matin. Signale spontanément « l'impuissance de sa pensée, la difficulté pour réunir ses souvenirs », une insuffisance de l'attention volontaire.

Secondairement à cet état de fatigue se sont développées des préoccupations obsédantes de teinte hypocondriaque : inquiétude vague, peur de mourir, crainte des syncopes, palpitations. Pas de troubles psycho-sexuels très marqués. Par ailleurs, intelligent, bien orienté ; pas d'idées délirantes ni de troubles psycho-sensoriels. L'examen des grands appareils se montre négatif. On note seulement un amaigrissement léger. Tension artérielle à 12-7 (Vaquez). Urines normales.

L'examen clinique et pharmacodynamique du système végétatif montre une légère prédominance vagale. Réflexe oculo-cardiaque : 76-36. Tonus végétatif (atropine-orthostatisme combinés) : 90.

(1) Abr. MYERSON. — *a*) Effects of Benzedrine Sulfate on Mood and Fatigue in normal and in neurotic Persons. *Arch. of Neur. et Psych.*, 36, 816, oct. 1933 ; *b*) *Boston Society of Psychiatry and Neurology*, séance du 19 mars 1936.

(2) M. PRINZMETAL et W. BLOOMBERG. — *J. Amer. Med. Assoc.*, 105, 2051, 21 déc. 1935.

(3) E. DAVIDOFF. — A clinical Study of the Effect of Benzedrine Therapy on self-absorbed Patients. *Psychiatr. Quart.*, 10, 652, oct. 1936.

(4) W. SARGANT et J. M. BLACKBURN. — The Effect of Benzedrine on Intelligence Scores. *Lancet*, 1385, 12 déc. 1936.

Nous avons fait pratiquer par M. Simonnet la mesure des temps de réaction. Avec un excitant auditif, les réactions sont lentes et très dispersées. L'épreuve ergographique indique : *fatigabilité extrême*.

Rien dans les antécédents, sinon un séjour de 3 mois à l'Hôpital Henri-Rousselle pour un état analogue en octobre 1936. Sorti amélioré par l'Hectine A, il revient en juin 1937. A cette date, présentant l'état décrit, le malade reçoit tout d'abord 12 injections d'hémocytosérum, sans résultats notables.

Le 6 juillet, nous lui donnons deux comprimés à 10 mmgr. de Benzédrine, soit 20 mmgr., en supprimant toute autre médication. Dès le cinquième jour, l'amélioration subjective est manifeste. Le malade est plus gai, moins fatigué le matin. Se dit « soulagé comme si on lui avait enlevé un poids de la tête ». « Mes pensées sont plus faciles et plus claires », dit-il. Alors qu'il restait constamment couché, il se lève et s'occupe un peu dans le service. Objectivement, on observe une certaine amélioration des manifestations d'excitabilité vagale : réflexe oculo-cardiaque : 76-58. Tension artérielle identique.

L'épreuve ergographique, refaite dix-sept jours après le début du traitement, montre une *tendance vers le retour à la normale très nette* et les temps de réaction suivent une évolution parallèle.

Actuellement, le même traitement est poursuivi avec la même dose (Benzédrine, 20 mmgr.).

OBSERVATION II (*Asthénie post-confusionnelle*). — Jos. B., comptable, marié, 32 ans ; sans antécédents morbides sauf alcoolisme habituel. Entre au Pavillon des Perches (Hôpital Henri-Rousselle), le 3 juillet 1937, pour Delirium tremens typique, déclenché vraisemblablement par un épisode cortico-pleural léger. Au bout de quelques jours, disparition des symptômes confusionnels, passage au Pavillon des malades calmes, où l'on constate un état d'épuisement post-confusionnel : lenteur et difficulté des processus idéatifs, infidélité de la mémoire, extrême fatigabilité physique et psychique. Concentration psychique pénible. Insomnie, en l'absence de tous phénomènes oniriques. Bien orienté dans le temps et l'espace ; il n'existe plus de troubles psycho-sensoriels.

Malade pâle, amaigri, incapable du moindre effort musculaire ; se plaint surtout d'une sensation pénible d'impuissance physique et mentale. Persistance de légers signes d'imprégnation éthylique ; quelques craquements à la base pulmonaire droite ; état subfébrile, pouls rapide et mou. Tension artérielle basse : 10 1/2-7 1/2 (Vaquez). Epreuves du tonus et de l'excitabilité végétatives montrant un équilibre normal.

L'examen physiologique montre des temps de réaction un peu dispersés, moins rapides que normalement. La courbe ergographique est courte, de peu d'amplitude, dénotant une fatigabilité moyenne.

Mis à la Benzédrine (20 mmgr. par jour d'emblée). Dès le troisième jour, le malade dit qu'il se sent « beaucoup mieux, beaucoup plus fort », est capable de lire — ce qu'il ne pouvait faire auparavant, — de soutenir une conversation prolongée, et se dit débarrassé de la pénible sensation d'« impuissance » psycho-motrice qu'il présentait. Objectivement, après dix jours de traitement, amélioration des temps de réaction. *Ergogramme nettement amélioré* par rapport à l'épreuve précédente. Le traitement est continué aux mêmes doses. Le malade se plaint seulement d'une augmentation de son insomnie. Par une prescription moins tardive (à 13 h.) et l'adjonction de 2 gr. de chloral, ces effets secondaires ne se reproduisent plus. Actuellement amélioration constante, sommeil satisfaisant. Tension artérielle relevée : 12 1/2-8 (Vaquez).

OBSERVATION III (*Asthénie post-confusionnelle*). — Luc. F., célibataire, 33 ans, magasinier, entre le 20 juin 1937 avec le diagnostic de « dépression, état confusionnel léger ». On constate les symptômes suivants : inertie, bradypsychie, troubles mnésiques, orientation imparfaite. Depuis quelques semaines, dit n'avoir aucun goût pour le travail, était devenu taciturne et irritable. Très impressionné actuellement par son adynamie extrême, physique et mentale, et par l'incertitude de sa mémoire. Sommeil agité. Malade intelligent, sans aucune idée délirante.

Dans ses antécédents, un internement à Clermont-d'Oise en 1925, pour « confusion mentale et idées de persécution consécutives ». Sorti complètement guéri. Accident du travail avec amputation du bras gauche en 1930. Dans son enfance, aurait eu des convulsions, et plus récemment des absences.

Réflexes tendineux vifs. Tension artérielle basse : 10 1/2-7.

L'aspect général est celui d'un homme amaigri et fatigué. La parole est lente, les mouvements rares et comme englués.

L'examen du système vago-sympathique donne des résultats sensiblement normaux. Les temps de réaction sont très augmentés, réponses dispersées. Epreuves ergographiques dénonçant une *fatigabilité très prononcée*.

Mis à la Benzédrine le 5 juillet (20 milligrammes par jour). Dès le quatrième jour, l'amélioration subjective est marquée. Le malade conserve encore quelques préoccupations excessives au sujet de son état. Objectivement, au bout de onze jours, les épreuves ergographiques se montrent en progrès net. Tension artérielle 13-7 (Pachon).

OBSERVATION IV (*Etat dépressif consécutif à des troubles gastro-intestinaux*). — Ch. St..., serrurier, marié, 47 ans. En 1934 opéré de perforation intestinale au niveau d'une masse sigmoïde, intervention d'urgence après rectoscopie. Il a toujours été nerveux et très impressionnable, mais depuis plusieurs semaines il devient irritable, préoccupé et se déclare très fatigué, aussi bien physiquement que

mentalement. Il a eu des épisodes de « fatigue » analogues depuis 3 ans, mais particulièrement ces derniers temps, où tout travail lui est devenu impossible. Il s'agit d'un malade intelligent, parfaitement orienté.

Au point de vue physique, amaigrissement depuis 6 mois. Tension artérielle 14 1/2-9. L'examen clinique et radiographique ne montre pas de métastase néoplasique en évolution. Le réflexe oculo-cardiaque est à 80-46. Les autres épreuves montrent une légère prédominance vagale. Les temps de réaction énergétiques sont légèrement dispersés et un peu lents. L'ergogramme montre une résistance à l'effort diminuée.

Mis à la Benzédrine (20 mmgr.) le 2 juillet, très rapidement le malade ressent un bien-être qu'il attribue lui-même à la médication, dont on lui a laissé ignorer les propriétés. Cette amélioration subjective a été accompagnée objectivement d'un *retour à la normale de la courbe ergographique* et des temps de réaction, rapides et homogènes. Tension artérielle demeurée la même. Réflexe oculo-cardiaque : sans modifications.

CONCLUSIONS. — Nous avons l'intention de communiquer l'ensemble de nos cas dans un travail ultérieur plus développé. D'ores et déjà nous sommes à même de poser ces premières conclusions :

1) La posologie de la drogue a été de 20 milligr. par jour, donnés en deux fois, par voie buccale, avant les repas et dans la première partie de la journée. Pour éviter un effet psychologique, nos malades ignorent les propriétés du médicament.

2) Les effets désagréables (insomnie) ont été supprimés par une prescription plus matinale. Aux doses employées nous n'avons pas observé l'anorexie ni les nausées signalées par les auteurs américains (ceux-ci employaient d'ailleurs des doses très supérieures). Dans un cas où la dose avait été portée à 30 milligr., chez un malade atteint de dépression mélancolique légère, il se produisit un accès d'anxiété nécessitant la surveillance continue.

3) Nous insistons sur la rapidité de l'action du médicament et sur le maintien des effets favorables dans nos cas de dépression « neurasthénique » ou d'origine organique. L'action physiologique immédiate, fréquemment euphorisante (et spontanément relatée comme telle par le malade), débute environ une heure après la prise du médicament et dure de cinq à huit heures, parfois davantage. Des cures de benzédrine portant sur un à deux mois peuvent être entreprises, sans accoutumance à ces doses peu élevées et sans effets secondaires pénibles. D'après notre

propre expérience et celle des précédents auteurs, on n'observe pas de dépression consécutive.

4) Cependant, en raison des propriétés physiologiques de la β phénylisopropylamine, les contre-indications majeures sont représentées par l'hypertension, l'angine de poitrine, l'atonie gastro-intestinale, ainsi que par les états d'excitation et d'anxiété.

Érotomanie homosexuelle masculine, par M. Jean FRETET

(Travail du service du Dr Paul Abély).

Le cas sur lequel porte l'observation que nous avons l'honneur de vous présenter, est unique, à notre connaissance. Il s'agit de l'érotomanie d'un homme pour un objet du même sexe. Ce sont là deux particularités peu fréquentes. Leur conjonction, exceptionnellement observée dans les syndromes érotomoniaques, ne l'a jamais été dans l'érotomanie vraie.

D'intelligence débile et de vie déréglée, Claude est un prostitué sodomite, interné pour toxicomanie à l'âge de trente-deux ans. Entré lucide à l'asile en septembre 1936, il en sort délirant huit mois après. Il se croit aimé de l'infirmier qui l'a soigné. Bien que ce dernier soit marié et père de deux enfants, Claude manifeste si violemment son délire, qu'il doit être réinterné. Pendant son séjour à l'asile, les mœurs de Claude avaient provoqué chez les malades et les infirmiers, des plaisanteries regrettables, que Claude interpréta comme autant de déclarations d'amour et de promesses venant de Louis. Il dressa ainsi la liste des quatre-vingt-dix preuves de l'amour de Louis pour Claude. La dialectique de ce délire, fondée sur ces interprétations, s'aide de mensonges. Claude décrit une étreinte de Louis, ses caresses, son baiser sur la bouche, la peur qu'eût l'infirmier d'être surpris. — « Il m'a dit : Ne m'en veux pas si j'ai l'air très froid. Il ne faut pas que les autres s'en aperçoivent. » Par ce récit mensonger, le malade a persuadé à son entourage, et même à quelques infirmiers, que son amour est partagé. Claude est jaloux de l'homme dont il se croit aimé. Nous observons ici, la coexistence des thèmes de jalousie et d'érotomanie, dont Lagache a affirmé l'exclusion mutuelle.

Après avoir souffert en apprenant que Louis allait être père, Claude croit comprendre maintenant qu'il a une maîtresse. L'accomplissement de son devoir conjugal n'est donc pas la seule infidélité, que Claude qualifie : « Une trahison ignoble. » Ce dépit d'érotomane et de jaloux est d'autant plus vif que Claude avait ébauché déjà quelques projets amoureux. Les infirmiers ne disaient-ils pas, en

parlant de Claude : « Il n'y a que Louis qui puisse le faire sortir de l'asile. Ma mère a besoin de ses soins. Je suis persuadé qu'il la soignerait avec un grand dévouement. Il prenait souvent ma défense. Si je l'avais rencontré dix ans auparavant, j'aurais à l'heure actuelle une toute autre situation. » Le délire né pendant l'internement s'est accru brusquement lorsque Claude, au sortir de l'asile, s'est vu dans une situation matérielle précaire. Hébergé par sa mère, il la traita avec une telle brutalité, qu'elle le met à la porte. Sans argent et sans gîte, il écrit alors à Louis pour la première fois. — D. Vous espériez qu'il vous aiderait ? — R. Qu'il viendrait à mon secours, évidemment ! Louis m'avait dit : « Si tu as besoin de quelque chose, ne demande jamais rien à d'autres. » Les cartes prédisent à Claude la rencontre d'un jeune homme riche. Ce ne peut être que Louis : « Un homme riche autre que lui ne m'intéresserait pas. Je préférerais l'indépendance. Ça a toujours été un grand souci pour Louis de savoir ce que je pourrais faire quand je sortirais. » Les cartes ne sont pas seules à révéler l'espoir intéressé qui attache Claude à Louis. Dans l'épilogue d'un roman de Claude, Claudine, son personnage, sacrifie Louis à un amoureux plus entreprenant, et surtout plus fortuné. *« Philippe a écrit à Claudine, et lui a envoyé quelques billets. La jeune femme se repend de s'être montrée si sotte. Elle ne serait pas à l'asile en ce moment... Claudine est sortie. Elle n'a pas voulu revoir Louis. Grâce à Philippe, son talent théâtral est enfin apprécié à sa valeur. Claudine n'est pas encore la maîtresse de Philippe qui la comble pourtant de délicatesses, elle et sa mère ; il lui offre maints cadeaux, parfums coûteux, perles pour son cou délicat, bagues pour ses doigts fuselés... Elle est universellement aimée ; son amant cède à tous ses caprices, rien ne lui manque. »*

Tels sont les caractères essentiels de ce thème délirant. Le malade est un homme mal constitué, réformé pour cette faiblesse. Ses traits sont laids et ses dents cariées. Néanmoins, il s'est fait un idéal de paraître une jolie femme. Il se promène fardé, portant perruque et travesti. Il est l'enfant unique de pauvres gens, qui l'ont élevé jusqu'à l'âge de 6 ans 1/2, puis confié à un collègue jusqu'à l'âge de 13 ans, enfin repris, Claude a peu connu son père qui a abandonné la mère lorsque l'enfant avait 18 mois, et n'est, depuis, revenu au foyer qu'à de rares occasions, entre deux maîtresses. — « J'étais très jaloux de maman lorsque j'étais petit. Je n'aurais jamais supporté un autre homme que moi à la maison. Ce qui n'empêche pas que je savais mieux manœuvrer papa que ne le faisait maman, qui en était incapable. Elle est demeurée une paysanne sans finesses. Papa m'accordait ce qu'il refusait à elle. J'étais déjà compréhensif comme une jeune fille. J'arrivais à arracher à papa l'argent qu'il destinait à sa maîtresse. Si maman avait été plus habile, papa ne serait pas parti. Mais elle est très égoïste. Aussi ne nous comprenions-nous pas. Je rêvais déjà à un beau prince charmant qui viendrait m'arracher à la réalité

trop décevante. » Claude se croit toutes les qualités susceptibles d'attirer ce fabuleux protecteur et de le retenir. *« Claudine est conduite à l'asile. Qu'elle est séduisante avec sa longue jupe bleue, son pull-over blanc, son foulard, sa masse de cheveux blonds et son regard candide. Sa bouche attire comme une fleur... Tous les gardiens sont craintifs devant Claudine qu'ils sentent d'une race supérieure. Tous désirent la fragile créature, si délicatement femme. Ils sont charmants, ils vont l'aimer, elle le sent et s'effraye. N'a-t-elle pas noué déjà, à Henri-Rousselle, une intrigue bien innocente et pourtant funeste, puisque les docteurs ont certifié que Claudine était dangereuse pour les autres. Son sex-appeal est évidemment trop puissant. »* Chaque jour elle reçoit les visites des mères à genoux, des femmes éplorées, qui viennent supplier Claudine de leur rendre leurs fils, leurs époux, dont elle traîne les cœurs après soi. Bêtes et gens tournoient énamourés autour d'elle. *« Simon venait de détacher le lauréat. L'animal se dirigea vers Claudine. Elle était au mors pressentant le danger. La bête renifla la jeune fille. Son membre était apparu. Mais il ne lui fit aucun mal, se contentant d'aspirer les effluves délicats. »* Le prestige de Claude n'est pas seulement sexuel, il est aussi intellectuel, moral, surnaturel. *« Claudine sauve la vie d'un enfant. Son abnégation est si grande, que les paysans la vénèrent. Elle prend à leurs yeux, l'apparence d'une sainte ! »* Elle est socialiste, humanitaire, protectrice des petits animaux. Elle est mascoffe. Ses prières sont toujours exaucées.

Cet orgueilleux satisfait, qui a une aussi haute opinion de son prestige, attend sa subsistance d'autrui, et ne cherche à obtenir, dans la lutte pour la vie, qu'aide et protection. Sa libido n'est pas de domination, mais de séduction. Après être resté longtemps à la charge de sa mère, puis avoir travaillé pendant quelques mois, Claude a été entretenu pendant dix ans par un quinquagénaire fortuné et père de famille. *« Claudine songe à M. Raymond, papa et amant ; M. Raymond qui a dépensé deux millions pour satisfaire ses caprices les plus coûteux, qui se dévoua tant pour elle, qui a connu et pardonné ses aventures et liaisons, trop heureux du succès de sa Claudine. »* Les admirations que Claudine suscite se traduisent toujours par des offres d'argent, d'aide, de protection, d'entretien. *« Qu'elle est jolie, murmurent un aviateur et un monsieur très chic ! Artiste sûrement ! Et femme du monde ! Si on l'appelait, on pourrait l'inviter à souper ? Mais, accepterait-elle ? C'est un bijou de riche, un tanagra... Un spahi blond, superbe, la détaille envieusement. Il est grand, fort, ses lèvres sensuelles éveillent le désir, mais il n'ose pas se déclarer. Cette délicate créature lui semble être pour un prince et non pour lui, modeste soldat... »*

L'intérêt de cette observation nous paraît dépasser celui des singularités de l'objet et du sujet. Elle illustre : 1° la mendacité

et la mauvaise foi des érotomanes. Etant donné ce besoin de recourir au mensonge, on peut se demander si les interprétations morbides que le malade exprime, lui servent à établir sa propre conviction, ou seulement à persuader autrui. — 2° Les rapports évidents de l'homosexualité du malade, de son orgueil et de son autophilie, ceux-ci dépassant de loin l'orgueil sexuel commun chez la femme. — 3° La coexistence possible des thèmes de jalousie et d'érotomanie. Magnan avait déjà décrit la jalousie de Stéphanie, érotomane de sa maîtresse. Nous connaissons un troisième cas analogue de jalousie, au cours d'un délire érotomaniaque homosexuel. — 4° La signification de l'objet. Il représente toujours le protecteur. Même dans des cas, où, comme ici, il n'apparaît pas comme tel au premier abord. Ainsi se révèle le thème véritable de l'érotomanie. C'est bien moins l'illusion délirante d'être aimé, que l'espoir délirant d'être entretenu.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le Secrétaire des séances,
Paul ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société Française de Psychologie

Séance du jeudi 21 janvier 1937

Présidence : M. Paul GUILLAUME, président

Quelques considérations sur l'amour et la perception des valeurs,
par M. XIRAU.

Seule la conscience amoureuse est apte à percevoir la « prétention de valeur » dans l'objet de la perception. L'amour n'est ni un processus psychologique spécial ni un contenu spécial, mais une forme particulière de la perception, l'attitude la plus radicale intérieure aux processus empiriques. L'amour pur, c'est la conscience perceptrice de valeurs. Il est caractérisé par l'abondance de la vie intérieure et l'illumination qui révèle les perfections cachées de l'objet. Il n'est pas illusion ; il y a dans l'attitude cordiale plus que de l'arbitraire. Il s'oppose à la haine qui tend à la destruction de la valeur. Il implique la réciprocité, mais non la fusion qui entamerait l'intégrité de la personne. Dans la seconde partie de sa communication, l'auteur examine le problème de l'origine des valeurs et de leur hiérarchie.

D. L.

Séance du jeudi 11 mars 1937

Présidence : M. Paul GUILLAUME, président

**Le psychologisme ou la position de la psychologie
à l'égard de la logique aristotélicienne, par M. Ch. SERRUS.**

Revue de l'histoire des idées et de la position mutuelle de la logique et de la psychologie dans les mouvements d'idées nouveaux, en particulier chez Husserl et les phénoménologues.

D. L.

Séance du jeudi 22 avril 1937

Présidence : M. Paul GUILLAUME, président

Retentissement cardio-vasculaire de la concentration. Etude du phénomène de concentration dans le système Hindou du Yoga (Projections), par Mlle Th. Brosse.

L'auteur expose d'abord une première série de faits dans lesquels la concentration mentale corrige temporairement des troubles du rythme cardiaque et normalise l'électrocardiogramme. Dans une seconde partie, elle expose ses recherches électrocardiographiques sur le yoga ; on sait qu'il consiste en un système de psycho-physiologie pratique destiné à libérer la conscience, à l'élever au-dessus des niveaux inférieurs ; par un effort de concentration mentale, le yogi redescend au niveau physiologique afin d'en reprendre possession ; la maîtrise de leurs fonctions est telle que ces yogis arrivent à réaliser un état de mort apparente. L'enregistrement électrocardiographique montre la quasi-disparition de la variation électrique. La musculature lisse elle-même est susceptible d'entrer en jeu à la volonté du yogi : l'auteur a vu des yogis réaliser par aspiration, assis sur un bassin d'eau, un lavage de l'intestin ou de la vessie.

D. L.

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 26 Juin 1937

Présidence : M. CHEVAL

Présentation de malade, par M. MAGE.

Un jeune soldat de 20 ans se plaint depuis trois semaines de douleurs violentes dans la région temporale. Les examens somatique, neurologique, ophthalmologique, oto-rhinologique, sérologique, fournissent des résultats normaux ainsi que la ponction lombaire. Seule la radiographie indique une perte de substance osseuse à contours irréguliers dans la région fronto-pariétale. Les radiographies des autres parties du squelette sont normales.

On pense à une métastase possible, mais on ne trouve pas de signes de néoplasie quelconque dans les organes, à part des nævi cutanés. Le père et la grand'mère paternelle sont porteurs également de nombreux nævi.

L'intervention fait découvrir une tumeur du volume d'une noix, rouge, adhérente à la dure-mère, dont l'aspect histologique est polymorphe : grandes cellules pigmentaires nucléées, inégalement réparties, plasmotocytes, lymphocytes et polynucléaires éosinophiles.

Tumeur du corps calleux, par M. P. Van GEUCHTEN.

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui, un an après un traumatisme cranien ayant laissé des céphalées et des troubles du caractère, présente des crises d'épilepsie dont la fréquence augmente progressivement. Le fond des yeux est normal, il n'y a pas de symptômes neurologiques, pas d'apraxie, mais la tension du liquide céphalo-rachidien est augmentée et le repérage ventriculaire montre une déformation des cornes frontales. Plus tard apparaît un syndrome pyramidal du côté droit.

L'intervention ne permet pas de trouver la tumeur. L'autopsie révèle une tumeur de la partie antérieure du corps calleux qui refoule l'hémisphère droit et envahit partiellement l'hémisphère gauche. L'auteur attire l'attention sur la rareté relative de cette localisation et décrit le syndrome du corps calleux d'après les cas publiés dans la littérature.

Au point de vue médico-légal, le rôle du traumatisme doit être admis dans le cas présenté.

Troubles vestibulaires dans une compression médullaire cervicale.
Réactions vestibulaires anormales dans une lésion intra-médullaire cervicale, par MM. J. HELSMOORTEL et L. Van BOGAERT.

La première observation concerne un homme de 41 ans, qui présente un syndrome de compression médullaire à hauteur de D³, et qui fait une aggravation brusque de tous les symptômes avec apparition de troubles vestibulaires : nystagmus spontané, balancement pendulaire dans le regard vertical, différence de sensibilité entre les deux labyrinthes. Il s'est agi d'une compression aiguë par hémorragie intra-tumorale. Les symptômes ont régressé spontanément.

Le second cas est relatif à un homme de 36 ans qui, au cours de l'évolution d'une hématomyélie au niveau de C⁷ présentait une dissociation vestibulaire nette, qui disparut en quelques mois.

Les auteurs discutent les mécanismes par lesquels ces lésions intra-médullaires peuvent déterminer des troubles vestibulaires : augmentation de volume de la moelle, épanchement de sang dans le liquide céphalo-rachidien ou plus vraisemblablement, troubles de l'innervation sympathique des artères vertébrales.

Mouvements athétosiques et hyperesthésies complexes
dans les traumatismes cérébraux. Deux cas, par M. J. RADERMECKER.

L'athétose post-traumatique est beaucoup plus rare que les troubles parkinsoniens.

L'auteur présente des films cinématographiques concernant deux jeunes gens de 18 et 20 ans, qui à la suite de traumatismes crâniens graves survenus dans l'enfance et suivis d'hémiplégie, ont gardé des mouvements choréo-athétosiques dans le bras du côté malade.

Dans l'un des cas, il existe de curieuses secousses épileptoïdes au début des mouvements.

Méningite à Torula, par MM. DE BUSSCHER, SCHERER et THOMAS.

Les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique complète d'une femme de 23 ans, épileptique depuis l'enfance, qui fit un syndrome neuropsychique caractérisé par des céphalées, des troubles du caractère, une hypertension du liquide céphalo-rachidien avec hyperalbuminose et troubles des réactions colloïdales, légère hyperthermie, et à la période terminale papille de stase et cécité.

L'autopsie révéla l'existence d'une méningite chronique surtout basale, une endocardite verruqueuse, un pyélite et un abcès parotidien, cause de la mort. Histologiquement, on constata la présence d'éléments mycotiques, très nombreux surtout dans le fond des sillons, mais n'envahissant pas la substance cérébrale.

Il n'existe dans la littérature qu'une cinquantaine d'observations analogues ; le syndrome clinique est vague et variable, le diagnostic difficile.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XXI^e Congrès de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue Française

Paris 24-27 Mai 1937

Présidence : M. le D^r CROUZON (de Paris).

Le *XXI^e Congrès de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue française* s'est tenu à Paris du 24 au 27 mai 1937, sous la Présidence du Docteur CROUZON. A son programme étaient inscrits les rapports suivants qui donnèrent lieu à des exposés très écoutés et à d'amples discussions : 1° *Rhumatisme et Traumatismes*, par le Prof. Agr. COSTES (de Paris) ; 2° *Basedow et Traumatismes*, par le Prof. BREMER et le D^r SLOSSE (de Bruxelles) ; 3° *La Sélection professionnelle en matière de transport en commun*, par le Prof. DIEZ (de Rome) ; 4° *Les services que peuvent rendre à la médecine légale les recherches biologiques sur le cadavre*, par le Prof. PALMIERI (de Bari) et *L'examen histologique de l'utérus après avortement*, par le Doct. MELISSINOS (d'Athènes) ; 5° *La prophylaxie criminelle*, par les Doct. CEILLIER et SCHIFF et Mlle le Doct. BADONNEL.

Nous nous bornerons à donner ici un bref résumé des rapports relatifs à cette dernière question.

RAPPORTS CONSACRÉS A LA PROPHYLAXIE CRIMINELLE

La Prophylaxie criminelle, par MM. CEILLIER, SCHIFF et Mlle BADONNEL.

En matière d'introduction, M. CEILLIER rappelle la définition donnée par le Doct. Toulouse de la Prophylaxie Criminelle qui est « l'ensemble des

mesures qui, basées sur le dépistage des individus en état de danger, permettent de les isoler... ». Ce dépistage est fonction de la science bio-criminologique qui comprend trois grands chapitres qui sont traités successivement par les trois rapporteurs :

La Prophylaxie criminelle juvénile, par Mlle le Dr BADONNEL.

Mlle BADONNEL montre, ainsi que l'avait dit Heuyer, que « toute mesure qui permet de sauver l'enfant coupable d'un délit diminue le nombre des criminels adultes », car les délinquants récidivistes adultes ont donné la preuve dans leur enfance de leurs tendances antisociales. Il faut remonter aux causes de la délinquance. Elles sont multiples et touchent à *l'Individu* et à son *Milieu*.

L'Individu. — Les chiffres fournis par les nombreux travaux relatifs à l'Enfance Coupable concordent pour évaluer la proportion des anormaux de 75 à 80 pour cent. Parmi eux, 15 à 20 pour cent sont irrécupérables (imbéciles, déments précoces, pervers instinctifs inintimidables, certains épileptiques). La plupart des autres (60 %), convenablement éduqués et encadrés, sont susceptibles d'adaptation à la vie sociale (débilité mentale, cyclothymie, troubles du caractère...).

Le Milieu. — *La Famille* est le milieu social fondamental. Son influence est capitale. 23 % seulement des jeunes délinquants étudiés par Mlle Badonnel appartenaient à des familles normalement constituées. Tous les autres étaient de naissance illégitime ou appartenaient à des foyers désorganisés par la mort, l'inconduite, la séparation ou les délits des parents.

L'Ecole exerce une influence primordiale. Le retard scolaire a pour causes : la débilité intellectuelle, les troubles du caractère, la fréquentation irrégulière de l'école.

L'absence de métier régulier et d'apprentissage logique assurant un avenir professionnel joue un rôle important (emplois disparates, oisiveté, instabilité entraînant la paresse et les tendances à la rébellion).

Il est rare que les divers facteurs étiologiques agissent isolément. Les conditions du milieu s'ajoutent le plus souvent aux dispositions individuelles. Les mesures à prendre doivent s'inspirer, non pas seulement de la gravité de l'acte commis, mais de l'étude approfondie de chaque cas particulier, et cette étude nécessite l'étroite collaboration du Magistrat, de l'Assistante Sociale et du Médecin.

La Prophylaxie Criminelle Juvénile doit se proposer : 1° d'éviter la récidive si fréquente ; 2° d'éviter le délit à ceux qui ne l'ont pas encore commis.

1° *Après Jugement du Tribunal*, le mineur peut être : a) rendu à sa famille ; b) placé sous le régime de la liberté surveillée ; c) confié à une œuvre d'assistance ou de redressement publique ou privée ; d) confié à l'Administration pénitentiaire.

Mlle Badonnel fait une étude critique de ces diverses dispositions. Elle insiste sur les qualités que devrait toujours présenter le délégué à la liberté surveillée dont la tâche est importante et délicate, sur l'organisation et le contrôle médical des établissements d'Assistance qui doivent sélectionner et classer les sujets, instituer le traitement médical éventuel, compléter l'instruction scolaire et pourvoir les sujets d'un métier (le citadin ne s'adapte pas toujours facilement à la vie rurale, il ne faut pas abu-

ser du placement à la campagne). Il importe d'organiser le retour à la vie sociale libre pour éviter la récidive de la délinquance (démarches, conseils, abri temporaire, aide matérielle).

2° Pour prévenir le premier délit, il est : 1° des Mesures d'ordre général relevant d'un vaste programme : Mesures d'eugénisme contre les maladies à répercussion héréditaire (syphilis, tuberculose, alcoolisme) — Hygiène infantile — Lutte contre le taudis, la misère, le chômage — Protection morale de l'enfant (sport, scoutisme, distractions saines) — Education morale de la famille et de l'enfant lui-même ; 2° des Mesures d'ordre strictement individuel pour les enfants spécialement voués à la délinquance : Enfants en danger moral à signaler au Service Social de l'Enfance — Enfants anormaux à dépister systématiquement à l'école et à pourvoir de moyens d'éducation spéciaux. — Multiplier le nombre des écoles affectées aux anormaux, les établissements pour les instables, les pervers, analogues à l'Ecole Théophile-Roussel de Montesson — Classes d'apprentissage. Certains sujets doivent être encadrés toute leur vie. Les résultats obtenus sont fonction de la précocité avec laquelle la tâche sera entreprise. La puberté marque le terme du stade à partir duquel les mesures thérapeutiques pédagogiques et sociales perdent une grande partie de leur efficacité.

II. La Prophylaxie criminelle en dehors de la prison, par M. le Dr Paul SCHIFF.

A. *La Prophylaxie Criminelle et l'évolution pénale.* — M. P. SCHIFF montre comment l'idée ancienne de la peine expiatoire, compensatrice de la faute, a fait place peu à peu à la notion de régénération morale et de reclassement social. Il expose l'histoire de la Prophylaxie Criminelle et les dispositions légales qui ont abouti à la création du Conseil Supérieur de Prophylaxie Criminelle (mai-juin 1936) et des Services d'observation psychiatrique dans les prisons de la Seine.

Pour l'école criminologique moderne, ce n'est pas l'acte délictueux, mais la personnalité du criminel qui constitue la préoccupation essentielle.

B. *La Prophylaxie Criminelle pré-pénitentiaire.* — « Rares sont les crimes qui éclatent dans un ciel serein. » M. Schiff expose à cet égard diverses initiatives et propositions récentes et en particulier un projet de circulaire interministérielle ayant pour but de prévenir les faits d'imminence criminelle et visant l'organisation d'une collaboration officielle entre les Commissariats de Police et les dispensaires ou hôpitaux psychiatriques. Il s'établirait ainsi une « liberté surveillée pour adultes » sous un contrôle médico-judiciaire. En attendant le vote par le Parlement du nouveau Code Pénal, des réformes pourraient être réalisées par décrets pour atténuer les dangers que font courir les aliénés dangereux. La proposition du Professeur Claude, approuvée par l'Académie de Médecine en avril 1932 et par la Société de Médecine Légale en 1933, concernant la création d'une Commission médico-judiciaire pour l'examen des psychopathes dangereux, mériterait une réalisation effective.

M. Schiff analyse le projet de loi présenté par M. Louis Rollin tendant à la création d'un service médico-psychiatrique spécial affecté aux psychopathes dangereux et chargé, dans le ressort de chaque Cour d'Appel, de l'Hygiène mentale et de la Prophylaxie Criminelle. Il étudie l'Eugénique anti-criminelle et les lois de stérilisation et de castration. La stérilisation

lui paraît être, à l'heure actuelle, au point de vue de la prophylaxie mentale, une mesure sans bases scientifiques sérieuses et qui ne tient pas compte des véritables facteurs étiologiques de la psychopathie (syphilis, alcool, misère, anxiété), à plus forte raison en est-il de même de la stérilisation pour prophylaxie criminelle. Il insiste au contraire sur une mesure, non pas draconienne, mais de charité bien comprise : *l'Assistance sociale judiciaire* telle qu'elle peut fonctionner près des Parquets.

C. *La Prophylaxie Criminelle post-pénitentiaire*. — M. Schiff montre que cette assistance sociale judiciaire peut s'exercer aussi dans le cadre pénitentiaire et coordonne les efforts des œuvres post-pénitentiaires. Le rappel des discussions déjà lointaines au sujet de l'état dangereux l'amène à passer en revue quelques-unes des lois sur les anormaux que cette théorie a engendrées, les propositions analogues incluses dans le projet de refonte du Code Pénal français et même quelques réformes pénitentiaires. Il termine en indiquant que, pour la France comme pour les autres pays, seule la collaboration médico-judiciaire, souvent proclamée, jamais réalisée, permettra une prophylaxie criminelle vraiment utile.

III. La Prophylaxie criminelle pénitentiaire, par M. le Dr André CEILLIER.

Si la prophylaxie criminelle pénitentiaire s'exerce trop tard pour éviter le premier délit, elle peut du moins envisager les mesures utiles pour enrayer la délinquance ultérieure.

M. CEILLIER envisage successivement :

Le dépistage psychiatrique en prison.

Les Annexes psychiatriques des prisons.

Le traitement pénitentiaire, c'est-à-dire les réformes à la fois judiciaires et pénitentiaires qui paraissent utiles.

1° *Dépistage neuro-psychiatrique dans les prisons*. — La nécessité de ce dépistage a été depuis longtemps signalée par bien des auteurs. M. Ceillier expose en détail l'organisation actuelle des services de dépistage à la Roquette et à la Santé.

Dans l'immense majorité des cas, l'expertise est demandée par le Juge d'Instruction, beaucoup plus rarement par le Tribunal Correctionnel, la Chambre des Appels correctionnels ou la Cour d'Assises. Mais il est des cas où l'expertise n'est pas demandée, alors qu'elle serait utile. L'expertise mentale est trop souvent accordée ou refusée à tort. C'est pour remédier à ces inconvénients qu'un service de dépistage par des médecins spécialistes a été institué. Le médecin psychiatre de la prison signale alors à la juridiction compétente l'opportunité d'une expertise mentale.

Le dépistage ne peut être utile que s'il est complet. Ne pouvant examiner tous les détenus, en raison de leur nombre élevé, M. Ceillier, aidé de M. Cénac, a procédé par sondages. Ils se sont efforcés de ne pas influencer les experts commis par la suite. Ils se sont bornés à indiquer l'opportunité de l'expertise et pour quelles raisons. Le fait d'« indiquer » une expertise n'empêche en aucune manière le médecin expert de conclure à l'entière responsabilité.

2° *Annexes psychiatriques dans les prisons*. — Ces Annexes ne sont pas encore en fonctionnement, bien que les locaux existent et que leur création soit souhaitée par la plupart des psychiatres et des experts. M. Ceillier rappelle le projet de résolution qu'il a déposé avec M. Blacque-Belair

concernant l'examen des détenus et des condamnés, ainsi que la création d'Annexes psychiatriques des prisons et des Laboratoires d'anthropologie criminelle, projet adopté par la Chambre des Députés le 11 juillet 1930. L'annexe psychiatrique existe matériellement à la Santé mais ne fonctionne pas encore. Le seul obstacle à ce fonctionnement est d'ordre budgétaire.

L'Annexe psychiatrique doit être mise à la disposition de tout médecin psychiatre expert qui désirerait observer plus particulièrement un prévenu soumis à son expertise. Le médecin psychiatre de la prison recueille tous les éléments d'observation mais ne peut empiéter sur les attributions de l'expert. Il importe que l'infirmerie d'observation soit installée à la prison même.

Les Laboratoires d'Anthropologie Criminelle ne pourraient exister que dans les prisons de correction et les Maisons centrales, puisqu'il ne peut s'agir que de l'examen des condamnés. Leur création serait utile, en s'inspirant de ceux qui existent en Belgique où ils permettent d'étudier les divers types de criminels et de prévoir leur traitement et leur régime approprié, correspondant au principe de l'*Individualisation de la peine*.

3° *Réforme du Code Pénal et Réformes pénitentiaires*. — Un grand espoir est né en France de la création en 1931 de la Commission de Réforme du Code Pénal qui eut pour fondement le principe de l'individualisation de la peine officiellement posé et devant orienter la revision de nos codes. Mais la déception a été grande, du fait que cette Commission ne comprend pas de médecin, ni de sous-commission mixte médico-juridique. Il eût été nécessaire que cette Commission consultât certaines Sociétés médicales, en particulier : l'Académie de Médecine, la Société de Médecine Légale et la Société Médico-Psychologique. M. Ceillier rappelle les discussions importantes qui eurent lieu à ce sujet à ces deux dernières sociétés de 1933 à 1935, discussions qui eurent trait spécialement aux articles 122, 72, 73, 74, 78 et 79 de l'avant-projet du Code Pénal. M. Ceillier rappelle notamment la critique de l'expression « en état de *démence* » que le Docteur René Charpentier propose de remplacer par la formule : « Est exempt de peine l'inculpé qui, à raison d'un *état mental pathologique*, était incapable au moment de l'acte d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste ou de se déterminer en conséquence. » Les Professeurs H. Claude et Raviart ainsi que M. Ceillier considèrent cependant le terme « *démence* » comme acceptable. Les observations faites relativement à l'application des « mesures de sûreté » qui ne doivent pas être des peines mais des moyens de redressement moral, sont rappelées. Les soins doivent précéder et non pas suivre l'exécution de la peine. M. Ceillier oppose le texte de l'article 73 proposé par la Société Médico-Psychologique à celui de l'avant-projet. Il espère que la Commission de Réforme du Code Pénal tiendra compte des modifications que la Société Médico-Psychologique lui a proposées.

C'est seulement en créant des établissements médico-pénitentiaires importants, tels que ceux qui existent en Belgique, et en appliquant totalement l'individualisation de la peine qu'on arrivera à faire une Prophylaxie Criminelle active et puissante.

Ces Rapports ont été suivis d'une abondante discussion à laquelle ont pris part juristes et médecins.

FRIBOURG-BLANC.

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française

XLII^e session (Nancy, 30 juin-3 juillet 1937)

Président : M. le docteur M. OLIVIER (de Blois)

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu sa 41^e session à Nancy, du 30 juin au 3 juillet 1937, sous la présidence de M. le docteur M. Olivier, médecin-directeur de l'asile de Blois.

Le D^r Th. Simon, de Paris, était *vice-président*. Faisaient également partie du Bureau, MM. le Professeur Pierre Combemale, *secrétaire général* de l'Association, le D^r Vignaud, *trésorier* et le D^r J. Hamel, médecin-chef de l'Asile de Maréville, *secrétaire annuel*.

Cette session connut un grand succès. La séance inaugurale fut présidée par M. le D^r Schmidt, maire de la ville de Nancy, remplaçant M. Louis Marin, Président du Conseil général de Meurthe-et-Moselle, Député, ancien Ministre de la Santé publique, retenu à Paris par les travaux parlementaires. Dans l'intervalle des séances scientifiques dont nous donnons ci-dessous le compte rendu, des réceptions et des excursions nombreuses firent apprécier à tous les charmes de l'hospitalité lorraine et les sites pittoresques des Vosges. Les congressistes eurent en outre le privilège de visiter des cliniques psychiatriques modernes, et notamment l'Asile de Maréville qui a déjà donné à la neuropsychiatrie de nombreux et réputés élèves, l'asile de Lorquin, le Centre nancéen de malariathérapie, la section d'Hygiène sociale.

Le Bureau de l'Association sera composé, en l'année 1938, de M. le D^r Th. Simon (de Paris), *président* ; M. le Professeur Henri Roger (de Marseille), *vice-président* ; M. le Professeur Pierre Combemale (de Bailleul), *secrétaire général* ; M. le D^r Vignaud (de Paris), *trésorier*).

La 42^e session se tiendra à Alger, du 6 au 12 avril 1938. Au Bureau de l'Association sera adjoint M. le Professeur Porot (d'Alger), en qualité de *secrétaire annuel*. Les questions suivantes ont été mises à

l'ordre du jour de la 42^e session : 1^o *Rapport de Psychiatrie* : Le déséquilibre organo-végétatif au cours des maladies mentales, par M. le Professeur D. Santenoise (de Nancy) ; 2^o *Rapport de Neurologie* : Les séquelles neurologiques et psychiatriques, immédiates et tardives, des traumatismes crâniens par le D^r Schmite (de Paris) ; 3^o *Rapport d'Assistance* : L'Assistance psychiatrique indigène aux Colonies, par le D^r H. Aubin, médecin des troupes coloniales, médecin des Asiles.

DISCOURS INAUGURAL

Après avoir adressé ses remerciements aux diverses personnalités qui ont contribué à l'organisation du Congrès, le Docteur Olivier s'attache à faire valoir qu'en dépit des courants de pessimisme, il convient de garder une attitude optimiste.

Prenant texte de cette affirmation, il définit ce qu'est l'état d'âme optimiste ; puis il examine les divers aspects de l'optimisme. Il rappelle les thèmes optimistes dans la pensée païenne, dans la civilisation chinoise, chez les Hindous. Il met en lumière le caractère essentiellement optimiste de la religion judaïque. Il montre les vertus optimistes de la religion catholique et il souligne que, si la religion protestante apparaît parfois quelque peu pessimiste, elle porte également en elle des ressources optimistes.

Mais l'intérêt au XIX^e siècle se transfère dans l'ordre économique. Des thèses nombreuses voient le jour : les unes considérant que la vie économique présente est la meilleure possible, les autres affirmant que la réalisation de leur conception matérielle du monde sera demain la meilleure.

Puisant dans l'énorme réservoir de l'art et de la littérature, l'orateur cite quelques exemples classiques, révélant combien l'optimisme a pu trouver là de magnifiques formules d'expression optimiste.

Après avoir dit un mot de l'optimisme selon les différents âges de l'homme, il fait une rapide revue de l'optimisme dans toute la gamme des états pathologiques. Puis après avoir donné un aperçu succinct des diverses thérapeutiques morales, rationnelles, affectives, persuasives, psychanalytiques ayant une vertu invigoratrice, il conclut en disant que l'optimisme doit être malgré tout une formule de nécessité vitale.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus, par M. R. BARGUES (d'Agen).

Le rapport se limite à l'étude biologique des délires alcooliques aigus, c'est-à-dire à l'exposé et à la critique des données des examens de laboratoire pratiqués dans le sang, les urines et le liquide céphalo-rachidien au cours des délires alcooliques aigus.

1) *Liquide céphalo-rachidien*. Tous les auteurs qui ont étudié le liquide céphalo-rachidien des délirants alcooliques sont d'accord pour noter le peu d'importance des modifications des principaux éléments, la rareté des

réactions méningées, de l'hyperalbuminose, d'une extension vers la droite de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal et de l'accroissement de la polypeptidorachie (cette dernière souvent isolée est indépendante de la polypeptidémie comme de l'azotémie et de l'albuminorachie). La présence d'une réaction méningée dans les rares cas où elle se rencontre serait d'interprétation délicate et sans doute la signature d'un réveil par l'intoxication d'un processus morbide ancien et latent.

2) *Urines*. Les données urinaires ne sont que le reflet des altérations somatiques et doivent être mises en parallèle avec celles de l'examen du sang. Il faut signaler la diminution du volume des urines, la rétention de l'urée, des chlorures et des phosphates avec tendance à l'acidose, la présence de sels biliaires, d'indican et bases xanthiques, la fréquence de l'albuminurie et de la glycosurie spontanée. L'urobilinurie ou l'urobiligénurie est constante et parallèle à la courbe délirante. Ces modifications sont transitoires ; elles diminuent, puis cessent avec l'accès aigu dans un délai variant de quelques jours à quelques mois.

3) *Sang*. Si la glycémie a une valeur de base très variable, plus intéressante est la courbe glycémique à l'occasion des épreuves fonctionnelles : absence d'hyperglycémie initiale insulinique, rapide ascension de la courbe hyperglycémique et lent retour à la normale, augmentation du coefficient hyperglycémique. De même il est constant de rencontrer de la glycosurie alimentaire par les épreuves classiques.

En ce qui concerne les protides, le taux de l'urée sanguine suit une ascension parallèle à celle des manifestations cliniques, ascension d'ordinaire peu importante et dont le taux n'a pas de valeur pronostique ; le rapport azotémie est en général faiblement diminué et la polypeptidémie légèrement augmentée. Quant aux lipides, ils sont augmentés de façon constante.

Les éléments inorganiques (K, Na, Ca) ont fourni à l'étude des résultats contradictoires. La bilirubinémie est accrue dans le delirium tremens et revient à la normale de deux semaines à deux mois après l'épisode aigu ; les épreuves d'hyperbilirubinémie provoquée révèlent des altérations importantes du métabolisme de ce corps.

Enfin, pour ce qui est des éléments figurés, la vitesse de sédimentation des hématies est toujours augmentée. L'image sanguine est altérée : diminution des hématies, hyperleucocytose avec neutrophilie, augmentation des formes jeunes, déviation vers la gauche de la formule d'Arneth.

4) *Dosage de l'alcool*. Dosé par la méthode de Nicloux, le taux alcoolique de l'urine, du sang et du liquide céphalo-rachidien est indépendant de l'éclosion de l'accès aigu, du moins dans la généralité des cas. Pour qu'il soit élevé, il faut que le sujet ait fait récemment des libations exagérées. Le plus souvent la présence d'alcool est faible ou nulle, et on a même pu voir un accès aigu survenir au moment où l'alcool disparaissait du sang. On ne trouve pas de différence notable en comparant les courbes du métabolisme de l'alcool chez les sujets abstinents et chez les alcooliques chroniques.

En conclusion, les examens de laboratoire dans le sang et les urines, et notamment les épreuves fonctionnelles, mettent en évidence de façon constante chez les délirants alcooliques aigus un syndrome d'insuffisance hépatique importante et globale, c'est-à-dire portant sur toutes les fonctions du foie : biliaire, chromagogue, glycorégulatrice, antitoxique, san-

guine, métabolisme des protides et des lipides. Cette insuffisance est nécessaire à l'éclosion du délire et ne s'associe pas d'ordinaire à des altérations massives d'autres organes. En même temps qu'elle lèse profondément le foie, l'intoxication alcoolique chronique altère la barrière hémato-encéphalique et facilite par neuropexie au niveau de l'encéphale et des méninges le réveil d'infections latentes.

DISCUSSION

M. Hesnard (de Toulon) dégage la signification de la polypeptidémie dont le taux est, d'après des statistiques personnelles, anormalement élevé dans 50 % des cas. En ce qui concerne le dosage de l'alcool dans le sang, il souligne l'inconstance des résultats dans les cas de délire alcoolique aigu. Il insiste enfin sur le parallélisme inverse qui existe entre la courbe délirante et la courbe urinaire.

M. L. Marchand (de Paris) compare les modifications biologiques qui caractérisent les formes subaiguës et aiguës des délires alcooliques. Il insiste sur la fréquence de la glycosurie, de l'urobilinurie et de l'hyperazotémie. Enfin, il analyse la rétention uréique dans la psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques.

M. Th. Simon (de Paris) décrit le cycle de l'alcool dans l'organisme. S'intéressant particulièrement à la pathogénie des accidents subaigus, il rappelle que ceux-ci surviennent ordinairement à l'occasion d'excès nouveaux de boisson ; parfois cependant ils apparaissent au moment du sevrage.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les atrophies cérébelleuses primitives, par *M. Noël PERON* (de Paris).

L'étude des atrophies cérébelleuses est une des questions les plus complexes de la pathologie du cervelet : elle concerne des faits cliniques rares, d'évolution lentement progressive, dont le diagnostic clinique est doublé d'un intérêt anatomo-pathologique. Parmi les nombreuses variétés d'atrophie cérébelleuse, les atrophies primitives constituent incontestablement le meilleur sujet d'étude par leur symptomatologie, leur évolution et la pureté des lésions anatomiques. Elles revêtent deux types anatomo-cliniques principaux : les atrophies parenchymateuses ou lamellaires et les atrophies complexes du type de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse de Déjerine et André Thomas.

Les autres types anatomiques sont exceptionnels : atrophie olivo-rubro-cérébelleuse, olivo-cérébelleuse, atrophies complexes avec atteinte médullaire.

Cliniquement, les atrophies cérébelleuses primitives se caractérisent surtout par des troubles de la statique. L'astase-abasie est habituelle. Les troubles kinétiques intéressent surtout les membres supérieurs où l'on note du tremblement intentionnel, de la dysmétrie, un syndrome cérébelleux souvent accentué. Les troubles de la parole et de l'écriture sont faciles à mettre en évidence.

L'état du tonus musculaire est très variable. Dans certaines formes classiques, on note l'hypotonie habituelle aux maladies du cervelet ; mais des

faits nouveaux ont permis de constater dans quelques cas soit une hypertonie d'action, soit une hypertonie durable avec rigidité permanente et un tremblement cérébello-strié rappelant le tremblement parkinsonien.

Les formes cliniques les plus souvent notées sont : l'atrophie olivoponto-cérébelleuse de Déjerine et Thomas survenant après la cinquantaine, évoluant lentement, intéressant à la fois les fonctions statiques et kinétiques ; la forme tardive à prédominance corticale, débutant après 60 ans, troublant surtout les fonctions statiques cérébelleuses et gênant considérablement la marche.

Le diagnostic des atrophies cérébelleuses est difficile ; il soulève des problèmes complexes : affections vasculaires du cerveau ou du tronc cérébral, tumeur du cervelet, processus inflammatoires non suppurés. Le diagnostic différentiel le plus difficile est celui de la sclérose en plaques d'une part, des atrophies héréditaires et familiales d'autre part (les atrophies primitives ont d'ailleurs des liens de parenté clinique avec les grands processus familiaux de la maladie de Friedreich et de l'hérédo-ataxie de Pierre Marie). Les atrophies syphilitiques constituent des faits récents de diagnostic difficile ; rappelant l'atrophie tardive, elles s'accompagnent de troubles humoraux importants et sont peu améliorées par le traitement spécifique.

DISCUSSION

M. M. Minkowski (de Zurich) rappelle les importants travaux de Brun sur les malformations du cervelet. Il projette de nombreuses coupes histologiques établissant que, dans les cas d'atrophie primitive, le néocérébellum est le plus atteint, le paléocérébellum étant souvent relativement épargné.

M. R. Garcin (de Paris) insiste particulièrement du point de vue séméiologique sur les troubles de l'équilibration et du tonus.

RAPPORT DE MEDECINE LÉGALE

Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues, par M. B. POMMÉ (de Paris).

Ce remarquable travail, qui concerne seulement l'armée métropolitaine de France, est basé sur la conception actuelle de l'armée du temps de paix : celle-ci est en effet destinée à assurer l'instruction des recrues en vue de leur utilisation en temps de guerre. Il est donc nécessaire d'opérer une sélection à la limite inférieure des possibilités de recrutement et de spécialiser les jeunes soldats dans l'une ou l'autre arme suivant leurs aptitudes personnelles.

Dans un premier chapitre, l'auteur envisage les *règles neuro-psychiatriques d'élimination des indésirables*. Etant donné que la période d'instruction en temps de paix est à court terme et qu'il importe que les éliminations soient effectuées le plus tôt possible pour ne pas alourdir la troupe par des sujets à rendement insuffisant ou altérer sa qualité par le séjour trop prolongé d'éléments nocifs, le Colonel Pommé s'attache particulièrement à préciser les stades auxquels le diagnostic et la décision d'aptitude sont pratiquement possibles.

En ce qui concerne les *Appelés*, il passe en revue les différentes étapes que peut parcourir une recrue avant d'être éliminée ou déclarée apte au

service. Chemin faisant, il étudie les principaux syndromes qui ont pu attirer l'attention avant l'arrivée de la recrue à son régiment : crises comitiales dont l'identification n'est pas toujours aisée, états confusionnels ou fonctionnels, schizophrénies, anomalies psychiques constitutionnelles, etc. La conclusion de ce chapitre concernant les appelés est la suivante : le classement dans le service armé nécessite un état neurologique et psychique assez robuste pour faire face aux obligations, aux fatigues et aux dangers de la vie du soldat en temps de paix et en campagne.

Puis l'auteur, définissant les principes de sélection des *Engagés* qui sont appelés à constituer les cadres de l'armée et une partie de son futur commandement, fait l'étude critique des moyens médico-légaux de sélection et signale les lacunes encore existantes dans la législation actuelle.

Dans le second chapitre, le rapporteur envisage, du point de vue neuro-psychiatrique, les *possibilités de spécialisation des jeunes recrues*, problème qu'il dissocie en deux éléments : l'orientation professionnelle des non spécialistes et la sélection des spécialistes proprement dits. Il rappelle que l'aptitude particulière des recrues aux différentes armes est définie par des textes légaux qui sont passibles de sérieuses critiques que viennent atténuer dans une large mesure l'excellence qualitative de la recrue française et surtout le soin avec lequel les instructeurs, une fois le long travail médical d'incorporation terminé, orientent leurs soldats au cours des exercices journaliers. Il demande aussi à ce qu'on fasse bénéficier l'armée des progrès de la psychotechnique.

Le rapporteur insiste en terminant sur l'importance du psychisme qui jouera, malgré toutes les motorisations prévues, un rôle décisif en temps de guerre. « Devant le redoutable inconnu que représentent les possibilités futures de conflit, une sélection attentive et hiérarchisée des recrues du point de vue psychique est bien, pour une nation comme la France, l'un de ses profonds éléments de sécurité. »

DISCUSSION

M. H. Aubin (de Marseille) ajoute quelques précisions concernant le recrutement des indigènes et insiste sur les mesures à prendre pour éviter la dissémination des grandes endémies neurotropes, telles la trypanosomiase. Du point de vue psychiatrique, il commente les signes permettant d'évincer les simulateurs et de dépister les dissimulateurs.

M. Hesnard (de Toulon) parle de l'élimination des indésirables, problème surtout délicat à l'égard des sujets les plus nombreux qui offrent les apparences de la normalité et ne s'écartent guère de la moyenne que par leur difficulté d'utilisation professionnelle. Il montre ensuite que le problème de la spécialisation professionnelle militaire est étroitement lié à celui de l'application à l'armée des méthodes psychotechniques. Il rapporte à ce propos les résultats de huit années d'essai de ces méthodes dans la Marine militaire.

M. A. Rouquier (de Nancy) estime que dans la majorité des cas de crises convulsives d'origine comitiale, un interrogatoire bien conduit suffit pour le diagnostic, sans qu'il soit indispensable de recourir à une observation prolongée. Il n'est pas d'avis d'éliminer systématiquement de l'armée tous les sujets ayant fait une tentative de suicide.

M. Th. Simon (de Paris) rappelle que, dès 1910, il a, en collaboration avec Binet, proposé l'application à l'armée de tests psychologiques. Il

insiste sur la difficulté de diagnostiquer les débilités mentales légères et les séquelles d'encéphalite. Il préconise un emploi plus intensif des méthodes de la psychotechnique et de la biotypologie pour la sélection et la répartition des recrues selon leurs aptitudes.

M. A. Fribourg-Blanc (de Paris) insiste sur la difficulté d'adaptation de ceux que le rapporteur dénomme les « fonctionnels ». Il montre ensuite combien est malaisé le dépistage de la dissimulation chez les engagés volontaires. Enfin, en ce qui concerne les petits déséquilibrés, il recommande de ne pas attendre les conflits graves avec la discipline avant de prendre une décision médicale.

M. F. Adam (de Rouffach) estime que si leur existence et leur raison d'être étaient mieux connues, les Commissions médicales adjointes aux Conseils de révision pourraient mieux aider au dépistage des arriérés inaptes à servir aux Armées. Il fait remarquer qu'il importerait aussi que l'élite de la jeunesse ne fit point tous les frais d'une guerre et que pour certaines corvées dangereuses et épuisantes, mais n'exigeant que des aptitudes purement musculaires, des bataillons de travailleurs fussent organisés dès le temps de paix.

M. René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine) félicite le rapporteur et rappelle l'importante contribution apportée depuis de longues années aux travaux du Congrès par les neuro-psychiatres des différentes Armes de la Défense Nationale. Il exprime le vœu que l'un d'eux soit appelé à la présidence d'une des prochaines sessions.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Du rôle des hormones génitales sur le psychisme du chien, par *M. P. COMBEMALE* (de Lille).

L'étude comparative du chien castré très jeune d'avec le chien entier, mâle et femelle, montre que les hormones testiculaires et ovariennes commandent à l'instinct sexuel, à l'activité musculaire, au besoin de mouvement et gouvernent l'équilibre de l'humeur. L'affectivité, altérée sans hormones sexuelles, prend une expression puérile. Les autres qualités psychiques se développent chez le castré plus lentement que chez l'entier et ne s'extériorisent qu'avec retard, comme si un facteur d'accélération de développement faisait défaut en l'absence d'hormones sexuelles.

Etude électro-encéphalographique d'un cas d'hémianesthésie hystérique, par *M. J. TITECA* (de Bruxelles).

Les électrencéphalogrammes recueillis chez un malade atteint d'hémiplégie avec hémianesthésie hystérique se caractérisent par l'existence, non seulement d'ondes normales, mais aussi d'énormes « pulsations » dont l'amplitude peut atteindre jusqu'à deux millivolts et dont la fréquence varie d'une à deux à la seconde. En outre, tandis qu'une stimulation appliquée sur la moitié saine du corps détermine les modifications caractéristiques de l'électrencéphalogramme (soit la disparition des ondes α de Ber-

ger), celui-ci ne témoigne d'aucune modification consécutivement à une stimulation quelconque, même la forcipression à la pince de Péan, appliquée sur le côté hémianesthésié.

Ces observations, qui permettent d'envisager sous un angle nouveau la physiopathologie des états dits hystériques, amènent à conclure que les influx nés de la stimulation périphérique, s'ils cheminent jusqu'aux centres sous-corticaux (ce dont témoigne la conservation des réflexes objectifs de la douleur et notamment des modifications artériotensionnelles) et vraisemblablement jusqu'au cortex sensitif correspondant, ne s'irradient ensuite pas dans toute l'écorce, en tout cas pas vers les centres occipitaux, principaux foyers d'émission des ondes α chez l'homme.

Phénomènes de balancement psycho-somatique, expression particulière d'une loi générale dans les localisations viscérales tuberculeuses. Rôle du terrain, par M. CHRISTY (du Mans).

L'auteur compare les phénomènes de balancement psycho-somatique à certains faits de médecine interne. Après avoir rappelé que la tuberculose modifie souvent d'une manière favorable la symptomatologie des démences précoces, il émet l'hypothèse que l'acidose qui est à la base de certaines poussées tuberculeuses évolutives et que réalise aussi le choc thérapeutique, pourrait expliquer ces balancements.

A propos d'une forme clinique d'encéphalite psychosique, par MM. J. HAMEL et EDERT (de Nancy).

Les auteurs précisent les caractères d'une variété d'Encéphalite subaiguë qui, par son début aigu à symptomatologie à peu près constante, par son évolution particulière et par sa fréquence relative, leur a paru revêtir une certaine individualité clinique.

Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypés d'allure pithiatique, par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ (de Marseille).

Une enfant de 12 ans, après un ictère suivi de contrariétés et d'émotions, restreint progressivement son alimentation, pousse fréquemment des hurlements de douleur (sans signes réels de souffrance) et présente des crises de contracture, tous symptômes disparaissant au cours du sommeil. Un isolement en maison de santé fait disparaître ces troubles et le poids augmente en trois mois de six kilos ; mais l'anorexie avec chute du poids de 11 kilos reprend dès la disparition de la surveillance médicale.

Considérations sur le mécanisme de l'action curative de l'insuline et du cardiazol dans la schizophrénie, par M. H. BERSOT (du Landeron).

Les thérapeutiques par l'insuline et le cardiazol exercent leurs effets par un mécanisme peut-être commun, biochimique, que des investigations en cours permettront vraisemblablement d'attribuer à des modifications dans le métabolisme intermédiaire des glucides.

La crise convulsive provoquée par les analeptiques chez l'homme et l'animal, par M. H. BERSOT (du Landeron).

Démonstration, à l'aide d'un film cinématographique, du mécanisme de la crise convulsive provoquée par le cardiazol chez l'homme et par l'insuline et les analeptiques chez le lapin.

Syndromes psychopathiques avec polyradiculonévrites et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, par M. G. PETIT (de Ville-Evrard).

Il n'est pas rare d'observer, en pratique psychiatrique, des syndromes psychopathiques variés s'accompagnant de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et de signes de radiculonévrites. Malgré la formule psychologique de ces états impliquant parfois un pronostic d'incurabilité, l'évolution se montre en général favorable.

**La paralysie générale en Tunisie,
par MM. MARESCHAL et CHAURAND (de Tunis).**

Après avoir établi que la paralysie générale est chez les Musulmans une affection beaucoup plus répandue qu'on ne l'avait dit, les auteurs commentent les résultats d'une étude statistique personnelle.

L'héroïnomanie en Tunisie, par M. M. MARESCHAL (de Tunis).

Les mesures de répression légale en matière de toxicomanie se sont montrées en Tunisie d'une très réelle efficacité.

**Le contrôle de la pyrétothérapie avec ma méthode
par M. Art. DONAGGIO (de Bologne).**

II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Neurocrinie hypophysaire, par M. R. COLLIN (de Nancy).

Dans certaines conditions, les éléments de la glande pituitaire sont susceptibles de dégénérer en donnant naissance à un produit caractérisable histologiquement : la substance colloïde. Une fois formée, cette substance peut être suivie dans plusieurs directions : a) dans les veines de la grande circulation (*hémocrinie*) ; b) dans le liquide céphalo-rachidien du recessus infundibuli et du III^e ventricule (*hydrencéphalocrinie*) ; c) dans les vaisseaux hypophyséoportés (*hémoneurocrinie*) ; d) dans les noyaux végétatifs du tuber cinereum, après transit interstitiel le long de la neurohypophyse et de l'infundibulum (*neurocrinie*). Ces phénomènes morphologiques suggèrent qu'une partie des produits sécrétés par la glande pituitaire sont neurotropes et interviennent dans les mécanismes régulateurs végétatifs du diencéphale.

Méthode de coloration et méthode de réduction argentine dans la démonstration et l'étude du réseau neuro-fibrillaire endocellulaire, par M. Art. DONAGGIO (de Bologne).

Sur la reproduction expérimentale de la base anatomique des leuco-encéphalomyélites, par M. Art. DONAGGIO (de Bologne).

Les lésions de la névrauxite ourlienne humaine et expérimentale, par MM. V. DE LAVERGNE, P. KISSEL et H. ACCOYER (de Nancy).

Revue des lésions histologiques décrites par divers auteurs tant chez l'homme que chez l'animal.

Figures parasitaires dans la sclérose en plaques, par M. GUIRAUD (de Paris).

Déjà décrites par l'auteur dès 1931, ces figures, très rares, ne se retrouvent que dans les formes subaiguës et dans les plaques jeunes. On constate dans le cytoplasme macroglial des éléments en navette ou en fuseau. Par l'imprégnation argentique, on peut découvrir parfois des corpuscules ovaires disposés en chaînettes ou en amas. A noter que dans les macrophages de la rate, on retrouve des corpuscules rappelant ceux des centres nerveux.

Diagnostic radiologique de la dysphagie paralytique dans les scléroses bulbaires, par M. J. JACQUES (de Nancy).

Les troubles de la déglutition qui surviennent précocement dans les polioencéphalites inférieures peuvent être confondus avec la dysphagie progressive des sténoses néoplasiques de l'œsophage ou des diverticules hypopharyngiens. Or l'arrêt ou la stagnation des aliments ingérés se fait, dans la paralysie labio-glosso-laryngée, entre la base de la langue et l'épiglotte, et non dans l'hypopharynx : indice du rôle prépondérant et précoce de la déficience de l'appareil musculaire lingual dans le mécanisme de la dysphagie paralytique. Cette dysphagie du détroit bucco-pharyngé, que la radiographie met clairement en évidence, peut être considérée comme caractéristique de l'origine bulbaire des accidents.

Réflexe radio-fléchisseur, par M. P. MICHON (de Nancy).

Le réflexe de flexion des doigts et de la main, décrit par Babinski, est étudié à l'état normal et au cours de certaines affections, les lésions hautes du système nerveux pyramidal en particulier.

Temps de réaction chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, par MM. P. MICHON, P. LEICHTMANN et H. RENAUDIN (de Nancy).

Les auteurs, qui ont mis au point une instrumentation chronoscopique portative, ont étudié systématiquement les temps de réaction des parkinsoniens. Ils ont ainsi confirmé l'allongement des temps de réaction bruts (excitation auditive, visuelle ou tactile) et montré que dans les syndromes hémiparkinsoniens ce temps est plus long du côté le plus malade. Les résultats fournis par une épreuve visuo-psychique établissent que tout se passe comme si certains parkinsoniens tendaient à relever, grâce à un

meilleur rendement des opérations de discernement, le déplorable rendement musculaire que leur inflige la rigidité dont ils sont prisonniers.

Syndromes parkinsoniens et traumatismes,
par MM. J. HAMEL et P. MICHON (de Nancy).

Trois intéressantes observations ont trait à cette question toujours controversée.

Le choc moral comme cause de déclenchement de l'ataxie tabétique,
par M. MAZHAR O. UZMAN (d'Istanbul).

L'auteur rapporte le cas d'un tabétique chez qui les troubles ataxiques sont apparus brusquement à la suite d'un choc émotif. Discutant la pathogénie, il attribue l'éclosion des troubles subjectifs à l'émotion agissant en tant que cause occasionnelle, comme facteur d'allergisation de lésions médullaires syphilitiques.

Le rôle moteur homolatéral des circonvolutions préfrontales, par M. A. ROUQUIER (de Nancy).

Présentation de malades atteints de lésions frontales traumatiques et démontrant nettement, de l'avis de l'auteur, l'existence du syndrome moteur homolatéral.

Troubles moteurs déficitaires bilatéraux sans signes d'hypertension intracrânienne symptomatiques d'une tumeur à évolution rapide, par MM. L. MARCHAND et R. DUPOUY (de Paris).

Relation d'un cas de tumeur (gliome à cellules isolées) ayant envahi les deux hémisphères. Les troubles moteurs, qui sont restés dominants pendant les quelques mois qu'a duré l'affection, ont procédé par à-coups brusques. Les troubles mentaux ont consisté en une agitation anxieuse intermittente. Sauf une légère albuminorachie, il n'y avait pas de signe d'hypertension intracrânienne.

Méningiome de la petite aile du sphénoïde. Variété dite de « l'angle sphéno-caverneux », par MM. PERRIN, H. KISSEL, ROUSSEaux et CASTELAIN (de Nancy).

Observation anatomo-clinique concernant une malade chez laquelle évoluait, depuis plus de 5 ans, un méningiome de la petite aile droite du sphénoïde.

Epilepsie Bravais-jacksonienne : arachnoïdite fronto-pariétale traumatique, par MM. PERRIN, GRANDPIERRE, ROUSSEaux et CASTELAIN (de Nancy)

Observation d'un jeune malade qui, deux ans après un léger traumatisme frontal, présente des crises de plus en plus rapprochées d'épilepsie Bravais-jacksonienne.

Syndrome de Landry médullaire d'origine syphilitique : guérison thérapeutique, par MM. H. ROGER, J. PAILLAS et J. VAGUE (de Marseille).

Paralysie ascendante aiguë, évoluant en quelques jours, avec atteinte discrète du V moteur, hyperalbuminose et hypercytose considérable du liquide céphalo-rachidien, Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Guérison assez rapide par un traitement arsenico-bismuthique.

Les auteurs insistent sur la rareté d'un pareil cas, dans lequel le tréponème détermine une infection ascendante aiguë de la moelle. Plus fréquents paraissent ceux où une infection à virus neurotrope détermine le même syndrome sur un terrain spécifique. Le Bordet-Wassermann, positif dans le liquide céphalo-rachidien, permet le diagnostic différentiel de ces deux formes.

Hémorragies sub-durales dues à des traumatismes périphériques, par M. MAZHAR O. UZMAN (d'Istanbul).

Rappelant deux cas d'hémorragies méningées consécutives à des traumatismes sur les membres inférieurs, l'auteur insiste sur l'avantage de poser sans tarder un diagnostic précis et de recourir ensuite à la trépanation.

III. COMMUNICATIONS DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine, par MM. P. COSSA, H. BOUGEAUT et M. PUECH (de Nice).

Les auteurs fixent les indications et la posologie de la strychnothérapie, introduite en thérapeutique par Luton en 1873, et qu'ils utilisent avec succès dans le cas de delirium tremens (jusqu'à 5 cgr. par jour), de délire alcoolique simple et aussi pour lutter contre les accidents nerveux chroniques de l'alcoolisme. Ils insistent sur le fait que cette médication calme l'agitation, augmente la diurèse, stimule les fonctions hépatiques et exalte les processus de défense, et que pendant son emploi le malade n'éprouve pas le besoin de l'alcool.

A propos du traitement de certaines maladies mentales par les injections d'huile soufrée, par M. J. TRILLOT (d'Albi).

Rapportant de nombreux cas personnels, l'auteur souligne encore les heureux résultats de cette thérapeutique dans certaines psychoses.

De l'emploi de la diathermie dans certains troubles du système nerveux, par M. A. MUNIER (de Nancy)

L'auteur emploie le lit condensateur pour le traitement de certains malades qu'il appelle des « déséquilibrés glandulaires ».

IV. — COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE, DE PROPHYLAXIE
ET DE MÉDECINE LÉGALE

L'organisation de la section d'Hygiène mentale de l'Office départemental d'Hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle, par MM. J. PARISOT et P. MEIGNANT (de Nancy).

Exposé du mode de fonctionnement de cette institution qui comprend entre autres un Dispensaire central, des consultations « ambulantes » et des centres de dépistage, de triage et d'orientation des enfants anormaux.

L'assistance aux aliénés en Tunisie,
par MM. M. MARESCHAL et LAMARCHE (de Tunis).

L'assistance aux aliénés en Tunisie, qui compte actuellement un pavillon de triage et d'observation, un hôpital psychiatrique et une consultation externe, bénéficierait grandement de la création d'un service social spécial pour les malades mentaux, d'une législation précise et de la création d'une œuvre pour les enfants arriérés.

Taux d'incapacité des syndromes post-commotionnels craniens,
par MM. M. MUTEL et P. MICHON (de Nancy).

Directives à suivre dans l'évaluation du pourcentage à attribuer.

Jean TITECA.

XVI^e Réunion Neurologique Internationale
(Congrès international de langue française)

8, 9 et 10 juillet 1937

Présidence : M. BARRÉ, président

Le programme du Congrès comprenait l'étude de « *La douleur en Neurologie* », traitée par cinq rapporteurs.

La première séance a eu lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine sous la présidence de M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté. Deux discours furent prononcés par MM. les Professeurs Roussy et Barré. Les quatre séances suivantes ont eu lieu à la Salpêtrière.

Les présidents étaient : Sir James Purves Stewart (de Londres), MM. Donaggio (Italie), Brunschweiler (Lausanne), Knud Winther (Copenhague), von Weizsacker (Heidelberg), Leriche (de Paris).

I. RAPPORTS : LA DOULEUR EN NEUROLOGIE

PREMIER RAPPORT

Physiologie et pathologie générale de la douleur,

par MM. A. BAUDOUIN et H. SCHAEFFER.

La physio-pathologie de la douleur est un problème important et méconnu, car le problème est psychologique. La douleur est un état de conscience de type affectif qui a un double aspect : intellectuel et affectif. On peut dire de la douleur, dans la majorité des cas, qu'elle est un phénomène pathologique qui comporte deux éléments :

1° Un élément périphérique causé par la lésion d'un appareil d'excitation.

2° Un élément central se faisant sans doute au niveau du thalamus.

Sujet qui de tout temps préoccupa l'esprit humain on doit distinguer, dans l'histoire, trois phases : une phase philosophique et littéraire, une phase clinique, une phase physiologique. La douleur fut d'abord considérée comme le fruit d'une stimulation excessive jusqu'aux travaux de Von Frey qui décela au niveau de la peau l'existence de points de douleurs.

L'ÉLÉMENT PÉRIPHÉRIQUE DE LA DOULEUR

A. Stimuli et appareils d'excitation

1° *La douleur cutanée expérimentale.* — Les stimuli douloureux sont multiples. Le plus communément appliqué est celui de la piqûre. Les recherches de Goldscheider, de Donadson ont mis en évidence à la surface de la peau une mosaïque de points mélangés : points de tact, de chaud, de froid. En 1891, Von Frey ouvrit une controverse avec Goldscheider en mettant en évidence une quatrième sorte de points sensibles : les points de douleur. La répartition de ces points varie d'ailleurs selon les régions. Les premiers chiffres de chronaxie sensitive, dus à Adrian, montrent qu'il existe des chronaxies différentes selon les fibres et leur spécificité.

2° *De quelques douleurs spontanées.* — Après la douleur expérimentale, la douleur maladie doit être envisagée, tout en faisant les réserves qu'il convient à cette distinction établie par Leriche. Trois exemples sont intéressants :

a) *La névralgie faciale.* — De la clinique, des résultats des thérapeutiques il est permis de penser que le siège de la névralgie faciale est central. Les excitations périphériques sont loin d'être tout. Le fait essentiel, c'est qu'elles s'exercent sur un centre prédisposé, sensibilisé. L'accès névralgique est la décharge, sous l'influence d'excitations périphériques, d'un noyau sensitif sensibilisé.

b) *La douleur des amputés.* — Les travaux de Leriche doivent être mis au premier plan. Il existe trois types cliniques. L'existence d'un neuro-gliome de régénération, point de départ d'un processus douloureux est le fait intéressant.

c) *Les douleurs viscérales.* — Étudiées dans un autre rapport, il faut retenir que deux conceptions tentent de les expliquer : celle de Lennander de l'irritation des séreuses, et celle, dite théorie sympathique, de Ross, Head Mackensie.

B. Voies de conduction

Contrairement à une croyance courante, leur rôle n'est pas passif ; à chaque relais, à chaque synapse se réalisent des processus d'intégration sur lesquels Sherrington a insisté :

1° *Nerfs périphériques*. — Les méthodes anatomiques et électro-physiologiques en ont permis l'étude. Ces dernières dérivent de l'étude des courants d'action. Adrian a eu le glorieux mérite de montrer que l'excitation d'appareils sensitifs ou sensoriels par un stimuli quelconque provoque l'existence de courants électriques vectant aux centres de véritables « messages sensoriels ». Les influx de la douleur semblent être caractérisés par leur faible amplitude et leur faible fréquence.

La question, non encore entièrement résolue de l'existence ou non de fibres spéciales correspondant au tact, à la douleur, aux sensations thermiques a été particulièrement étudiée par Heinbecker et Bishof, ainsi que par Gasser et Erlanger. L'affirmative semble vraisemblable. La douleur résulte de l'excitation de fibre à myéline d'un diamètre approximatif de 3 à 6 μ . Donc par des fibres petites et moyennes et aussi par des fibres sans myélines.

2° *Racines postérieures*. — Elles semblent avoir une physiologie voisine de celle des nerfs périphériques, des racines des nerfs craniens et notamment du trijumeau. Leur étude comporte celle d'un intérêt chirurgical tout particulier. Ranson, à qui l'on doit beaucoup sur ce point, admet que, comme dans les nerfs, la sensibilité douloureuse est conduite par de petites fibres à myéline et des fibres amyéliniques.

3° *La moelle épinière*. — O. Foerster a particulièrement bien précisé son étude. Il a montré que des échecs de la cordotomie antidouloureuse étaient dus à l'existence, dans la moelle de nombreuses voies accessoires de la conduction douloureuse.

4° *Isthme de l'encéphale*. — Dès leur arrivée au bulbe, les fibres de la sensibilité douloureuse prennent une double voie. De nombreuses synapses se font dans la substance réticulée, pour l'une d'elles.

5° *Le sympathique*. — Deux questions sont à envisager :

1° *Le sympathique est-il par lui-même un conducteur de sensibilité ?* Question sujette encore à des vicissitudes puisque pour certains, dont Julio Diez, les faits paraissent discutables. Et encore, ces faits sont-ils admis que, certains auteurs avec André Thomas font encore des réserves sur ce qu'on appelle : sympathique, dans ces cas, des fibres cérébro-spinales se mêlent aux fibres sympathiques vraies. Certains pensent qu'il existe deux douleurs, l'intermittente ou cérébro-spinale, la continue ou sympathique. Il semble que l'on a un peu joué de la douleur sympathique.

2° *Les perturbations du sympathique ont-elles une répercussion sur la sensibilité cérébro-spinale ?* Malgré la diversité des faits, la subordination entre le système végétatif et le neurone sensitif périphérique est évidente.

L'ÉLÉMENT CENTRAL DE LA DOULEUR

A. La douleur dans les lésions thalamiques

Les troubles sont croisés et répondent au syndrome thalamique de Déjerine-Roussy dont il existe des formes analgiques et des formes douloureuses

pures. Head a montré la diversité des facteurs qui exacerbent les crises douloureuses paroxystiques, telles les excitations visuelles et auditives. Il y a là un phénomène de « réaction exagérée » (over-reaction). On connaît :

B. *La douleur dans les lésions corticales*, mais, quoique rare, le fait n'est pas douteux comme le prouvent l'épilepsie sensitive et les expériences de Foerster. Ajuriaguerra a rapporté 8 cas de ramollissements pariétaux douloureux.

C. Le mécanisme de la douleur

1° *Quelles sont les preuves de l'importance des centres ?* — L'esprit, très occupé, un violent traumatisme peut être indolore. Au contraire, une attente fera ressentir la douleur plus intensément.

2° *Que savons-nous du mécanisme central de la douleur ?* — Deux théories sont en présence : celle de l'excitation et celle de la libération de Head qui adopta les idées de Jackson : le thalamus est l'appareil de l'affectivité, le cortex celui de la discrimination intellectuelle.

3° *Existe-t-il des hallucinations de la douleur ?* — Sans empiéter sur le rapport de Péron, on peut dire qu'il existe des cas où la réaction des centres est extrêmement disproportionnée avec l'action du stimulus. Un gros élément mental se surajoute souvent qui peut être important de conséquence.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Les traitements sont innombrables. On peut les classer en 4 groupes : médicamenteux, physique, chirurgical, psychique.

Nombreuses sont encore les hypothèses concernant la douleur. On peut espérer la mieux connaître encore grâce aux progrès de l'électro-physiologie moderne.

DISCUSSION

M. Lhermitte désire insister sur deux points : Il ne faut pas confondre excitation et irritation, et c'est encore une question de savoir s'il peut y avoir excitation en pathologie ; en outre, il n'y a pas d'hallucinations de la douleur, à l'exception des hallucinations douloureuses des amputés.

M. André Thomas hésite à admettre, comme la plupart des auteurs, l'existence d'appareils et de conducteurs spéciaux au point de vue périphérique. L'orateur rapelle ensuite par des observations personnelles et des cas de guerre combien les réactions à la douleur sont variables. De nombreux cas font penser qu'il existe peut-être des fibres intriquées, certaines remontant dans les vaisseaux, d'autres dans les nerfs. Cela ramène au problème de Claude Bernard de la sensibilité récurrente.

M. Leriche montre que les constatations qu'il a faites lui permettent de maintenir sa distinction entre la « douleur de la physiologie et celle de la maladie ».

M. Guillaumin, à propos de cette phrase vue dans la plupart des rapports : « Les individus ne ressentent pas la douleur de la même façon » fait remarquer que la douleur est identique pour tous les individus ; seule la réaction diffère.

DEUXIÈME RAPPORT

La physiopathologie de la douleur d'origine centrale,
par MM. George RIDDOCH et Macdonald CRITCHLEY (de Londres).

C'est à la suite des travaux du Prof. Roussy sur la couche optique, puis de ceux de Head et Holmes que se sont bâties nos connaissances actuelles. Pour ce problème capital et difficile, les difficultés ont été accrues du fait de la séparation artificielle qu'on a établie entre les douleurs centrales et les douleurs périphériques.

La douleur est complexe et présente deux aspects : 1° une sensation spécifique qui, dans sa forme pure, peut être graduée selon son intensité ; 2° une sensation désagréable ou une tonalité affective pénible qui n'est pas spécifique et peut colorer des sensations autres que la douleur. La première est une fonction du cortex sensitif, tandis que la dernière est une fonction du thalamus. En tant que sensation spécifique, la douleur est le mieux déterminée par l'excitation des récepteurs cutanés, comme par le pincement. En opposition avec ce fait, la douleur provoquée par la pression profonde est tellement recouverte par la sensation désagréable ou pénible que les qualités discriminatives disparaissent.

La douleur est la qualité désagréable des autres sensations spontanées ou provoquées qui suivent les lésions du système nerveux central, appartiennent à la catégorie de la douleur simple et de la gêne. Elles ne semblent pas posséder de qualités discriminatives ; ceci s'applique spécialement aux affections du thalamus, moins à celles du tronc cérébral et de la moelle et moins encore à celles du cortex.

Elles sont essentiellement le résultat de perturbations de l'intégration, laquelle est une fonction des jonctions synaptiques siégeant dans la substance grise à tous les niveaux du névraxe. Dans la règle, l'inhibition est surtout en défaut, et, dans les lésions fixées, peut-être le seul déficit : mais des lésions en activité, affectant les conducteurs sensitifs ou la substance grise, quand elles ne sont pas complètement destructives, sont probablement capables d'excitations locales. La désintégration de la formation réticulée et des cornes postérieures peut expliquer d'une manière adéquate les sensations anormales douloureuses dépendant de lésions siégeant à ces niveaux, sans qu'il soit besoin d'invoquer la participation d'un processus inhibitoire additionnel. Le thalamus, cependant, à cause de sa prééminence dans l'intégration des réactions affectives et dans leur appréciation par la conscience peut être pourvue de faisceaux spéciaux cortifuges grâce auxquels le cortex contrôle son activité.

L'étude de la distribution de la douleur et de la perte de la sensibilité à la douleur dans les lésions thalamiques s'accorde avec les résultats des expériences chez l'animal, lesquelles indiquent qu'il existe, dans une certaine mesure, une représentation régionale du corps dans le thalamus ; que, ensuite, chaque thalamus, au moins pour ce qui regarde la sensibilité douloureuse, représente les deux côtés du corps, mais spécialement le côté contro-latéral. Ceci s'applique davantage à la portion médiane qu'à la portion latérale du tronc et aux parties proximales plutôt qu'aux parties distales des membres. Dans le cortex, la douleur est représentée à un moindre degré parce que la discrimination de la sensibilité douloureuse est faible. Mais sa représentation ici comme dans le thalamus, est probablement bilatérale quoiqu'elle prédomine dans l'hémisphère contro-latéral. Les portions

médianes du corps se montrent mieux représentées bilatéralement que ne le sont les périphériques. Enfin, dans chaque hémisphère, la représentation de la douleur peut s'étendre à tout le cortex prérolandique sensorio-moteur. Ceci est en contraste frappant avec la représentation plus limitée et unilatérale des formes hautement discriminatives des sensations qui se circonscrit au lobe pariétal de l'hémisphère contro-latéral.

TROISIÈME RAPPORT

La douleur dans les affections organiques du système nerveux central, par M. Raymond GARCIN.

Tous les faits de douleur centrale passés en revue nous apprennent avant tout que la discipline anatomo-clinique ne saurait dans sa rigidité enfermer la solution du problème de la douleur. La lésion n'agit pas seulement par sa topographie, par sa nature. Elle engendre dès son installation des réactions péri-focales, plus ou moins étendues. En outre, par son évolution vers la cicatrisation, elle fait appel à des réactions tissulaires assez générales dans leur texture anatomique, mais probablement très individuelles dans leurs effets seconds. La pathologie individuelle ne s'inscrit pas seulement dans la qualité anatomique différente du tissu de restauration, mais bien plus encore par ses répercussions fonctionnelles variables. Avec le problème de la douleur, sensation lourdement chargée de tonalité affective, nous sommes aux confins de la psychopathologie émotionnelle. Les douleurs des hystériques, des hypocondriaques n'ont peut-être aucun substratum anatomique, elles n'en existent pas moins pour eux. Chacun possède vis-à-vis de la lésion initiale des voies de la douleur des réactions trop individuelles, non mesurables, pour que la discipline anatomo-clinique qui a si bien élucidé le versant négatif du problème, à savoir les aires d'anesthésie, puisse en dehors de quelques indications sommaires : irritation ou libération, fournir la solution de ce fait positif qu'est l'éclosion de la douleur centrale. La théorie de l'irritation par la lésion elle-même; en tant qu'accident focal situé sur les voies de la douleur, semble trop étroite si l'on n'y adjoint le rôle capital des stimuli physiologiques incessants qui, déversant sans arrêt leur torrent au niveau du foyer, entretiennent une vibration constante qui explique peut-être la continuité des douleurs. Elle nous paraît jusqu'ici comme peut-être la plus séduisante. Mais le processus d'irritation n'est pas seul et toujours en cause. La théorie moderne des interférences, par son aspect physiologique est peut-être plus satisfaisante que la théorie de la libération par rupture de systèmes anatomiques. Si celle-ci garde sa vraisemblance au niveau du thalamus, elle ne saurait être généralisée sans postuler des systèmes corticofuges, qui sont jusqu'à présent indémontrés et indémontrables sur le terrain anatomo-clinique.

Enfin, il n'est pas à notre sens indispensable de vouloir grouper en une pathogénie unique ce qui se passe au niveau des voies de la douleur et ce qui se passe au niveau de l'organe central de réception, les mécanismes de dérèglement doivent être même probablement très différents.

C'est l'œuvre difficile des co-rapporteurs de dire les solutions pathogéniques provisoirement les plus acceptables dans ce problème. Leur valeur et leur compétence nous sont de sûrs garants de la sagacité des conclusions qu'ils nous proposeront.

DISCUSSION

M. Lhermitte fait remarquer que, certes, sur le plan de l'automatisme moteur le phénomène de libération si séduisant, est très acceptable. Mais quand il s'agit d'un phénomène psychologique comme celui de la douleur on arrive à plus de difficulté. Si on libère complètement le thalamus de ses connexions corticales, on devrait avoir des phénomènes douloureux. Or il n'en est rien dans les cas de décérébrations supratalamiques ou totales. Il n'y a aucun syndrome thalamique. Donc le phénomène de libération thalamique paraît sujet à critique. A chaque étape il y a une intégration, une transformation de l'excitation primitive en une autre excitation. Si l'on prend comme exemple le syndrome de Wallenberg, on peut se demander s'il n'y a pas un défaut d'intégration excessif ou bien au contraire une incitation non transformée. Le thalamus, comme l'auteur l'avait déjà dit dans ses « Fondements biologiques de la psychologie » peut être considéré comme un filtre de la douleur.

Ont également pris part à la discussion MM. Charpentier, de Morsier et Thurel.

QUATRIÈME RAPPORT

La douleur dans les affections organiques du système nerveux central
(Partie anatomo-clinique), par M. Raymond GARCIN.

La notion de douleur par lésion des parties centrales du système nerveux est de date assez récente. On décrit des observations anatomo-cliniques avec douleur par lésions intra-cérébrales : bulbo-protubérantielles, thalamiques ; des douleurs cordinales des tumeurs médullaires, et, plus récemment, des douleurs d'origine corticale, infra-thalamique et supra-thalamique. Bref, on peut rencontrer des douleurs dans toute lésion du système nerveux central, placée au contact ou au sein des voies sensitives, douleur qui se projette à la périphérie des nerfs cérébro-spinaux ou sur un viscère. Mais le siège de la lésion n'est pas tout, et on peut avoir ou non de la douleur dans des cas qui paraissent identiques. Il existe donc un autre facteur : pour l'auteur il consisterait : d'une part en un facteur central ; excitation de qualité spéciale (analogue peut-être à celle des récepteurs périphériques), déterminée par les réactions tissulaires lésionnelles ou péri-focales ; d'autre part, rôle des stimuli-périphériques insensibles à l'état normal. Enfin il faut faire une part au facteur affectif personnel.

L'auteur expose l'anatomie topographique des voies de la sensibilité douloureuse, en insistant sur le faisceau spino-thalamique, les voies extra-funiculaires de la douleur, la systématisation des noyaux du thalamus. Mais si cette étude rend compte du « versant négatif » du problème, c'est-à-dire des anesthésies observées dans les lésions de ces voies de la sensibilité, elle n'explique pas le « fait positif » qu'est le symptôme douleur. Il existe plusieurs théories explicatives : théories de l'irritation, de la libération, en particulier la conception de l'origine déficitaire de la douleur ; enfin théories cellulaire et sympathique.

L'auteur envisage ensuite la douleur dans les lésions des différentes régions du système nerveux central.

Dans les lésions de la moelle épinière (sans participation radiculaire, délimitation souvent délicate), on peut observer deux types de douleur :

douleur de la corne postérieure et douleurs cordinales. Dans les sections complètes, on a pu noter des douleurs au niveau des membres inférieurs ; dans le syndrome de Brown-Séquard, une hyperalgie sous-lésionnelle directe explicable parfois, mais parfois seulement, par l'atteinte des cordons postérieurs ; dans les traumatismes médullaires du renflement cervical, des douleurs vives, à distance de la lésion, paraissant liées à l'atteinte des fibre intra-spinales de la douleur. Les douleurs cordinales des tumeurs médullaires peuvent faire errer le diagnostic. La sclérose en plaques associe douleurs et paresthésies dont les origines sont également obscures. Dans la syringomyélie, il semble impossible d'élucider le facteur qui décidera de l'absence ou de la présence des douleurs.

Dans les affections bulbo-protubérantielles, les cas s'accompagnant de douleurs centrales sont rares. Au bulbe, ce sont surtout les lésions vasculaires qui sont responsables de l'éclosion de la douleur ; à la protubérance, les tumeurs et en particulier les tubercules. Les douleurs continues ou paroxystiques sont, le plus souvent, alternes, mais directes à la face, et avec une forte prédominance pour cette région ; il existe un morcellement du territoire douloureux, confirmant la division segmentaire somatotopique du faisceau spino-thalamique dans la région bulbo-protubérantielle ; sa date d'apparition est variable ; elle est généralement durable et incurable, sauf peut-être, au niveau de la face (alcoolisation).

Après l'étude des algies du trijumeau dans la sclérose en plaques et la syringomyélie, l'auteur envisage les rapports entre algies bulbo-protubérantielles et troubles sensitifs objectifs. En règle il y a hypoalgésie et thermo-hypoesthésie dans les territoires douloureux (en faveur d'un processus à la fois irritatif et destructif). Parfois, sensibilité à la douleur normale (en faveur d'irritation). Parfois, enfin, la sensibilité objective à la douleur est abolie, fait qui reste énigmatique. L'anesthésie traduirait l'atteinte des fibres sensitives, l'hypéralgésie, celle des fibres sympathiques. L'étude attentive des faits ne paraît pas confirmer cette hypothèse. La théorie de l'irritation (par la lésion et les stimuli afférents) paraît la plus vraisemblable. Le rapporteur insiste sur le caractère individuel des douleurs bulbo-protubérantielles à lésion égale en nature et topographie ; l'étude des réactions tissulaires au niveau du foyer expliquerait peut-être l'éclosion de la douleur.

La douleur thalamique a été l'objet de travaux récents. Ajuriaguerra, dans un travail remarquable, a montré que la douleur n'apparaît que lorsque le noyau latéral est lésé. Le morcellement de la douleur correspondrait à l'atteinte de telle ou telle partie du noyau. La théorie de la libération semble plutôt fortifiée par ces données.

L'auteur étudie ensuite les douleurs centrales de la maladie de Parkinson, de l'encéphalite épidémique et de l'acrodynie.

La douleur d'origine corticale est d'existence discutée. On se base, pour établir la part de la lésion corticale dans les douleurs centrales, sur deux ordres de faits de valeur bien différente :

1° Sur l'existence, rare d'ailleurs, d'épilepsie jacksonienne douloureuse. Mais il faut être prudent avant d'attribuer la douleur à l'irritation corticale, car les lésions fusent souvent en profondeur ; et, d'autre part, dans un épisode aussi brutal, il peut, même si la lésion est uniquement corticale, entrer en jeu des mécanismes sous-corticaux.

2° Sur l'existence de douleurs continues dans des lésions corticales bien

définies. Ici encore, il faut éliminer nombre de cas, mais il reste quelques observations probantes de douleurs d'origine corticale.

Le problème pathogénique de ces douleurs corticales est délicat. On peut admettre une libération de la couche optique par rupture à son origine du frein cortico-thalamique. La topographie des aires corticales intéressées est peut-être celle des territoires d'origine de fibres cortico-thalamiques se rendant au noyau latéral.

Les douleurs viscérales dans les lésions du système nerveux central, d'un mécanisme discuté, peuvent être l'origine d'erreurs de diagnostic.

En *conclusion* : la discipline anatomo-clinique ne peut résoudre à elle seule le problème de la douleur. La lésion n'agit pas seulement par sa topographie, sa nature, elle engendre des réactions tissulaires dont les effets sont très individuels. Avec le problème de la douleur nous sommes aux confins de la psycho-pathologie émotionnelle. L'irritation n'est pas due seulement à l'accident focal. Il faut y adjoindre le rôle des stimuli physiologiques entretenant une vibration constante. Enfin il n'y a peut-être pas une pathogénie univoque de la douleur centrale, mais probablement des mécanismes de dérèglement très différents.

CINQUIÈME RAPPORT

Douleur sympathique et douleur viscérale, par M. le Professeur AYALA (de Rome).

L'étendue des problèmes posés par la question des douleurs viscérales est telle qu'il est impossible d'être complet. Les phénomènes douloureux décrits sous le nom d'algies sympathiques, de causalgies, etc... seront laissés de côté.

Une première question préjudicielle : de quelles formations anatomiques doivent partir les stimulations qui donnent lieu aux situations physio-psychologiques qui méritent l'appellation de douleurs viscérales ? Si l'on veut appliquer les nouveaux concepts de viscéralité par le type d'innervation, les limites des douleurs viscérales s'élargissent et se dégradent insensiblement vers les frontières des douleurs somatiques d'une part et des douleurs psychologiques d'autre part. La preuve n'étant pas acquise que le *système nerveux viscéral* est constitué de neurones sensitifs spécifiquement viscéraux, il faut se contenter de l'opinion courante, d'après laquelle les fibres afférentes présentes dans le *système nerveux sensitif* sont constituées par des prolongements périphériques des neurones à périnophore dans les ganglions spinaux. Il est de fait que, dans les conditions physiologiques, la situation des viscères n'est pas ressentie et que leur activité fonctionnelle s'accomplit silencieusement. Mais peut-on parler d'un silence véritable et absolu, ou s'agit-il d'une vague résonance qui reste pour ainsi dire dans la pénombre de la conscience, étant données la monotonie rythmée et l'uniformité des excitations physiologiques auxquelles les viscères sont adaptés ?

Les sensations viscérales diffèrent des sensations somatiques surtout parce qu'elles ne sont pas suscitées par le stimuli auxquels répondent habituellement les fibres sensitives somatiques. Les stimuli ordinaires (pincements, incision, suture, stimulation électrique, etc.) restent le plus souvent sans réponse, si on les applique sur les viscères.

On a considéré comme stimulations adéquates pour les douleurs viscérales

les états biologiques suivants : la contraction spasmodique des muscles lisses ; la distension ; les troubles de la circulation sanguine ; ischémie et stase veineuse ; l'inflammation ; les stimuli chimiques ; l'étirement, la torsion et la compression.

Laissons de côté la théorie de Mackenzie, d'après laquelle tous les organes internes et leurs divers tissus sont placés sur le même plan, quant à la genèse de la douleur, il faut admettre que la douleur viscérale est fonction non seulement de l'efficacité de l'excitation, mais aussi de la faculté de l'organe à la recevoir, c'est-à-dire à sa réceptivité douloureuse.

Vis-à-vis des divers stimuli algogènes, les degrés de sensibilité douloureuse sont minimes, voire négligeables, dans les parenchymes et les séreuses viscérales. Il est très relevé, au contraire, dans les séreuses pariétales, dans les ligaments et dans les muscles lisses.

Il semble que la réceptivité dite douloureuse d'un organe donné peut être conçue, au moins, pour le moment, en fonction du nombre de ses fibres sensitives et que l'efficacité relative d'un stimulus donné est fonction du nombre des neurones que celui-ci met en jeu, simultanément ou successivement et de la sommation centrale des influx que ce stimulus a suscités.

D'après Mackenzie, le mécanisme producteur de la douleur viscérale est fondé sur ce fait qu'une stimulation déterminée par l'état morbide d'un viscère est transmise par un neurone périphérique, qui aboutit aux nerfs viscéraux jusqu'à un segment donné de la moelle spinale. Là, ce neurone se connecte avec un neurone de second ordre, auquel se connecte également un neurone lui-même périphérique sensitif, provenant de l'aire cutanée correspondant à la racine postérieure qui aboutit au même segment médullaire.

Cette théorie de Mackenzie et les autres théories qui ont cherché à la modifier, admettent toutes que la douleur référée dépend d'un état d'irritation exagéré du neurone périphérique viscéral qui s'étend à la moelle épinière.

La douleur viscérale, au sens large, se distingue en :

A) *Douleurs des séreuses pariétales* : elles ont les caractères de douleurs cutanées, accompagnées d'hyperesthésie superficielle ;

B) *Douleurs propres des organes splanchniques* (viscéralgies), distinguées en :

- a) Douleurs profondes ;
- b) Douleurs irradiées, dites à distance ;
- c) Douleurs cutanées.

Cette classification d'ordre séméiologique n'est pas exempte de critiques pour différentes raisons, et nous l'admettons franchement. C'est que la localisation des douleurs dans les maladies des organes internes est toujours une question très délicate pour le malade et pour le médecin.

La localisation n'est-elle pas implicite dans la sensation elle-même ? elle est, au contraire, le produit d'un travail générique complexe, qui, dans l'espèce et dans l'individu, a construit les perceptions spatiales (Lugaro).

La conception de la *douleur refered* des auteurs anglais a été attaquée par d'autres auteurs, comme Morley, et plus spécialement par Leriche. Mais des travaux aussi récents que celui que nous venons de citer, sont en faveur de la conception de la *douleur refered*.

Tels sont les travaux de M. Bolton, de MM. Woolard et Carmichaël, de Wernoe, etc...

Sans nous arrêter à rappeler les théories bien connues en France émises par Bard, par Sicard, Lichwitz, par Verger, citons seulement la théorie de Wernoe, de Sfameni et Lunedel et celle de Lugaro. Pour Wernoe, celui-ci attribue une grande importance au mécanisme de production de la douleur référée, aux modifications vaso-motrices périphériques dépendant des réflexes végétatifs, qui se développeraient absolument en dehors du système nerveux central. Les impulsions qui partent d'un viscère malade, parcourant les rameaux d'une cellule sympathique sont portées directement du viscère à la peau, où elles déterminent les zones anémiques, les hyperalgésies et les hyperthésies.

Selon Sfameni et Lunedel, les impulsions algogènes parties d'un viscère et transmises par la voie afférente viscérale, aboutiraient à un centre qui pourrait être localisé dans la zone latérale de la moelle spinale, d'où les réflexes viennent à la périphérie, toujours par des fibres végétatives jusqu'à l'appareil de Timofeen. Là, aurait lieu la connexion végétative cérébro-spinale. Les impulsions végétatives ainsi retransmises au dit appareil dans le corpuscule sensitif y produiraient des modifications chimiques et physico-chimiques intra-corpusculaires, déterminant l'excitation de la grosse fibre myélinique somatique, à travers laquelle ensuite les impulsions retourneraient à la moelle spinale, et de là au centre supérieur thalamique.

Lugaro admet que la voie centrale de la sensibilité douloureuse n'est pas unique comme dans le schéma de Mackenzie, mais qu'il existe des neurones pour la sensibilité des douleurs somatiques et des neurones propres pour la sensibilité douloureuse viscérale.

La théorie de Lugaro n'est pas une modification de la théorie de Head et de Mackenzie. Elle en diffère non seulement parce qu'elle admet une double voie centrale de la sensibilité douloureuse, mais encore parce qu'elle fait dépendre la douleur référée, non de l'état d'hyper-irritabilité dans la moelle spinale, mais d'une diffusion d'excitation efficace, pourvu qu'elle soit suffisamment intense et suffisamment diffuse, au neurone constituant les deux voies centrales de la sensibilité, et parce que, elle tient compte enfin du facteur coadjuvant à créer une sensation, facteur constitué par l'addition des excitations de diverses provenances, dont la suppression diminuerait la possibilité pour d'autres excitations, de dépasser le seuil et de donner lieu à des perceptions douloureuses.

Enfin rappelons encore la théorie de Morley, d'après laquelle les douleurs profondes ou superficielles, d'hyperesthésie cutanée, comme aussi la rigidité musculaire des parois abdominales, mettent en jeu deux mécanismes intimement connexes, à savoir : la « *peritoneo-cutaneous radiation* » et la « *peritoneo-muscular reflex* ».

Selon Leriche, dans la théorie que nous avons déjà évoquée, les douleurs dans les maladies viscérales ne sont jamais référées, mais toujours perçues dans le viscère lui-même.

Les douleurs irradiées sont créées par des réflexes musculaires pariétaux et, pour cela, existent des douleurs pariétales de l'hyperesthésie et de la contracture juxtaposées à la douleur viscérale, il est nécessaire que les terminaisons nerveuses périphériques soient excitées, comme il arrive dans la participation du péritoine pariétal au processus abdominal.

Après de nombreuses recherches et de nombreuses observations, des dis-

cussions très approfondies, on doit conclure qu'à l'excessive confiance de quelques-uns, dans l'une ou l'autre des théories émises, s'oppose le révisionnisme d'autres. Beaucoup de chemin certes a été parcouru, mais si ça et là la lumière a surgi, et si des lueurs riches de promesses sont apparues, ce qu'écrivait un pionnier des études de la douleur (Paolo Mantegazza, 1862), reste vrai : « Si une seule théorie ne peut expliquer toutes les raisons de toutes les douleurs, nous pouvons cependant rechercher les lois qui gouvernent la douleur, les sources multiples d'où elle jaillit, et enfin, proposer les remèdes pour diminuer les outrages de la vie. »

SIXIÈME RAPPORT

La douleur vue par un psychiatre, par M. Noël PÉRON.

L'étude de toute douleur comporte chez l'homme l'intervention constante d'un élément psychique, car : les douleurs s'objectivent par l'intermédiaire de la conscience. Le rôle du psychiatre dans cette objectivation est d'importance très variable. L'intervention mentale est limitée en présence d'une douleur neurologique, comme l'excitation du bout central d'un nerf sensitif ; mais dans le cas d'une excitation sensitive moins bruyante, plus diffuse, viscérale, l'état mental intervient activement : il y a « transformation de l'excitation en sensation ». L'auteur envisage, en conséquence, dans son travail fait de deux parties : le rôle du psychisme dans les douleurs d'ordre neurologique, puis les douleurs proprement psychopathiques à substratum organique discutable et secondaire. L'étude neurologique de la douleur comporte deux étapes : l'une objective (et la prise de contact avec la mentalité du sujet est capitale pour celle-ci), l'autre subjective c'est l'interrogatoire où il est nécessaire d'apprécier la valeur psychologique de la déposition douloureuse, en ce qui concerne le siège, les irradiations, l'intensité, la durée, les caractères concomitants.

Les douleurs dites psychopathiques peuvent être rangées, comme le fait Maillard, en quatre groupes : hallucinatoires, pithiatiques, paranoïaques, cœnestopathiques.

Les douleurs hallucinatoires et paranoïaques sont celles qui relèvent uniquement du psychiatre. Les douleurs cœnestopathiques constituent un important groupe d'attente qu'un terrain psychopathique prédisposé paraît unir. Après elles, viennent les douleurs des hypocondriaques, puis celles des obsédés, des psychasthéniques, beaucoup plus rares. Les douleurs pithiatiques : l'hystéro-traumatisme, constituent le point le plus important peut-être de ce sujet. Ces états sont fréquents. Dans de nombreux cas un facteur psychique inconscient joue dans le mécanisme des accidents douloureux. Les accidents douloureux en rapport avec l'hystéro-traumatisme sont graves et de thérapeutique difficile. En ce qui concerne la douleur et les toxicomanies, si tous les toxicomanes ne sont pas d'anciens blessés ou d'anciens malades, un grand nombre sont atteints de leur mal par suite de l'intensité et de la répétition des douleurs et de la thérapeutique. L'emploi prolongé de tonique modifie les caractères des douleurs et agit sur le psychisme.

L'auteur insiste encore sur le retentissement des douleurs sur l'état mental qui se sensibilise progressivement dans la règle, et termine par les données psychiatriques du traitement de la douleur.

SEPTIÈME RAPPORT

Diagnostic de la réalité de la douleur. — Considérations médico-légales,
par MM. O. CROUZON et Henri DESOILLE.

Les auteurs envisagent successivement :

1. Le diagnostic positif. La description des sensations douloureuses et des signes qui les accompagnent.

a) Valeur de la description que le sujet donne de sa sensation douloureuse.

b) Valeur des signes locaux associés indiquant une lésion.

c) Valeur des réactions générales de l'organisme, lors d'une sensation douloureuse.

d) Importance comparée de ces différents ordres de symptômes.

II. Le diagnostic différentiel. Les moyens de reconnaître la simulation.

III. L'application pratique des notions précédentes aux divers cas cliniques.

IV. L'expertise médico-légale. L'indemnisation de la douleur.

Dans ce dernier chapitre les auteurs montrent les conditions pratiques de l'expertise, les cas difficiles, les différentes procédures, fournissent un exemple de barème et traitent du *pretium doloris*, des douleurs morales et de la sinistrose, qui ne doit pas être en principe indemnisée, mais qui donne lieu pratiquement à une indemnisation minime de 2 à 3 %, susceptible d'éviter des revendications prolongées.

En conclusion, on peut dire qu'il n'existe pas de signe pathognomonique de la souffrance. Le diagnostic de la réalité de la douleur repose sur l'examen complet du sujet et de la confrontation de ce qu'il dit ressentir, avec les signes lésionnels constatés objectivement. Cela nécessite la connaissance exacte de la sémiologie.

Quant aux réactions générales de l'organisme vis-à-vis de la douleur, beaucoup sont sujettes à des causes d'erreur ; d'autres ont de la valeur et méritent d'être utilisées comme appoint dans les cas difficiles.

Mais dans la pratique, la superposition des notions exposées, à l'étude des divers cas cliniques, permet d'aboutir à une appréciation judicieuse de l'incapacité résultant de la douleur ainsi que du *pretium doloris*.

HUITIÈME RAPPORT

Neurochirurgie de la douleur, par M. le Professeur René LERICHE.

L'auteur s'occupe presque exclusivement du traitement chirurgical des douleurs périphériques. Il n'étudie qu'occasionnellement les douleurs d'origine médullaire, thalamique ou corticale.

La neuro-chirurgie de la douleur périphérique a presque exclusivement consisté à interrompre, par une section adéquate, la voie sensitive en amont du lieu d'origine présumé de l'excitation douloureuse. L'auteur n'est point partisan ni des neurotomies ni des neurectomies. Le neuro-gliome qui se forme fatalement sur le bout supérieur d'un nerf sectionné, n'est

pas une formation physiologiquement indifférente. Il est le point de départ de réflexes, surtout végétatifs, qui produisent de la douleur, des phénomènes vasomoteurs et trophiques. Le bout périphérique d'un nerf sectionné peut, lui aussi, intervenir dans la genèse de certains syndromes douloureux.

Les radicotomies postérieures étendues, même complètes, par l'ablation des ganglions spinaux, ne sont pas efficaces à longue échéance. On peut faire exception pour la neurotomie rétro-gasserienne, qui est une opération admirable, qui guérit presque toujours les névralgies du trijumeau.

L'auteur ne pratique pas la cordotomie pour quatre raisons :

a) Elle est suivie d'une douleur en ceinture très vive à la limite de l'analgésie ; b) en outre, la cordotomie est habituellement suivie de troubles urinaires ; c) il y a des insuccès réels et incompréhensibles en apparence ; d) chez un grand nombre de malades, au bout de quelque temps, l'analgésie disparaît et la douleur fait à nouveau son apparition.

Le rapporteur a été conduit à chercher souvent la sédation de la douleur par la méthode sympathique, c'est-à-dire par la méthode vaso-dilatatrice qui rejoint certaines pratiques d'autrefois basées sur l'idée de la dérivation. L'infiltration de la chaîne sympathique consiste à porter dans un ganglion ou à son contact une solution de novocaïne à 1 %. Son action se prolonge paradoxalement des jours, des semaines, des mois, alors que tout signe de suspension de l'activité sympathique a depuis longtemps disparu. L'infiltration est très efficace dans les algies ascendantes post-traumatiques, dans les douleurs des amputés, dans tous les états douloureux liés à des syndromes de vaso-constriction. Son action échoue, par contre, dans les douleurs tabétiques, névralgies du trijumeau et dans les douleurs post-zostériennes.

La sympathectomie péri-artérielle est particulièrement indiquée dans la maladie de Raynaud, dans les artérites séniles quand il n'y a pas d'oblitération.

Dans la causalgie elle donne d'excellents résultats. L'artériectomie doit remplacer la sympathectomie péri-artérielle toutes les fois que l'artère est oblitérée.

Les ramisections et les gangliectomies ont pour objectif de couper les voies vaso-constrictives et d'instaurer un régime périphérique de vasodilatation active. Mais il faut toujours infiltrer avant de se décider à opérer.

L'auteur développe ses points de vue sur l'orientation que doit prendre la neuro-chirurgie de la douleur. La chirurgie de la douleur doit être une chirurgie physiologique à visée fonctionnelle bien plus qu'une chirurgie anatomique ayant pour but la section des voies de conduction centripètes. Le chirurgien a lieu de fixer son attention sur les récepteurs périphériques et devrait dans l'avenir regarder aussi du côté des récepteurs cérébraux de l'excitation.

NEUVIÈME RAPPORT

La roentgenthérapie de la douleur, par MM. J. HAGUENAU et L. GALLY.

Les auteurs envisagent l'action des rayons, d'une part, sur les algies essentielles, d'autre part, sur les affections où la douleur, tout en étant

secondaire à des lésions définies, domine par son intensité tout le problème thérapeutique.

Le mode d'action des rayons est très discuté. Il s'agit de savoir s'il n'y a pas d'action directe des rayons sur les éléments nerveux. Cette action directe, si elle était prouvée, donnerait la clef du problème ; mais la démonstration est loin d'en être faite. L'action directe sur les éléments nerveux végétatifs n'est pas plus démontrée. On ne saurait donc non plus imputer l'effet causalgique à la seule irradiation des éléments sympathiques. On peut éliminer de même les théories qui tendent à expliquer par les modifications physico-chimiques ou par les réactions tégumentaires. La disparition de la douleur n'est-elle pas due au contraire à la simultanéité de ces multiples modifications physiques et chimiques que provoquent les rayons X ?

Quant à la technique à employer les auteurs donnent la préférence à l'emploi de rayons ultra-pénétrants très filtrés, aux portes d'entrée larges, à la détermination très précoce des zones à irradier et le rapprochement des séances pour arriver assez vite à une dose globale d'une certaine importance.

On ne peut, à l'heure actuelle, préciser de façon rigoureuse les algies qui ressortissent à la Röntgenthérapie, mais les auteurs marquent certaines tendances personnelles : a) ne point traiter par la röntgenthérapie les algies récentes ; b) l'indication majeure à cette thérapeutique revient aux algies essentielles. Mais il est des affections dans lesquelles, malgré l'existence de désordres anatomiques, la douleur constitue, pour le patient, l'essentiel de la gêne ; c) il est très difficile de prévoir dans chaque cas particulier des chances d'efficacité de la röntgenthérapie ; d) on doit être extrêmement sévère dans l'établissement des statistiques de guérison ou d'amélioration. L'action de la röntgenthérapie n'a de l'intérêt que si elle est vraiment durable.

Les auteurs étudient ensuite l'action des rayons dans diverses affections : sciatique : il est inutile d'employer les rayons dans les cas récents ; c'est, par contre, le meilleur traitement dans les formes trainantes. Dans la névralgie cervico-brachiale, les résultats des rayons sont pour la plupart excellents et on peut commencer à les appliquer assez précocement. Dans les névralgies du trijumeau les résultats sont médiocres. Le traitement de cette affection relève encore uniquement à l'heure actuelle des injections neurolytiques et surtout de la radicotomie rétro-gasserienne. Plus qu'aucune autre thérapeutique les rayons constituent une arme efficace pour lutter contre les sympathalgies de la face. Il faut cependant que le traitement soit institué de façon précoce. Les résultats sur les sympathalgies pelviennes sont plus discutables. Dans la causalgie des troubles leur effet est loin d'être régulier. Chez les malades atteints de zona douloureux l'irradiation doit être un traitement extrêmement précoce appliqué au cours même de l'éruption.

Les auteurs étudient l'action de la röntgenthérapie dans les algies vertébrales sans lésions neurologiques, dans le rhumatisme vertébral et en dernier lieu sur les algies viscérales et en particulier sur l'angine de poitrine.

COMMUNICATIONS

Les algies d'origine bulbaire, par M. Knud WINTHER (de Copenhague).

Quelques constatations expérimentales sur le phénomène de la sensibilité douloureuse, par M. BRUNCHWEILER (de Lausanne).

Le mécanisme d'action des substances anesthésiques sur les fibres nerveuses, par M. Art. DONAGGIO (de Bologne).

Le rôle de l'élément veineux dans les douleurs angio-spasmodiques, par M. SALMON (de Florence).

Les réactions artério-tensionnelles dans la paralysie générale, par M. NYSSSEN (de Gand).

Les signes objectifs de la douleur de l'anesthésie hystérique et de l'anesthésie simulée, par M. BOISSEAU (de Nice).

A propos de la chirurgie de la douleur, par M. PETIT-DUTAILLIS.

La chordotomie. — Considération sur les voies de conduction de la douleur, par M. BAGDOSAR (de Bucarest).

Membre-fantôme, émotion et douleur, par M. Paul COURBON.

La reviviscence spontanée de l'attitude qu'avait le corps, lors d'un traumatisme émotionnant, se constate parfois longtemps après guérison. La douleur du névrôme d'amputation provoque cette reviviscence, et voilà pourquoi le membre-fantôme des amputés de guerre a l'attitude dans laquelle le membre réel fut blessé.

La douleur physique chez les psychopathes, par M. Paul COURBON.

Le seuil de la douleur physique est, à l'égard de la douleur expérimentale, sensiblement le même chez le psychopathe et chez l'homme normal ; mais il est à l'égard de la douleur-maladie infiniment plus élevé chez le premier que chez le second. Cette différence tient davantage aux particularités de l'attention du psychopathe qu'à celles de son émotivité.

M. LECONTE.

Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale

Paris, 19-25 juillet 1937

Présidences :

M. le Professeur Henri CLAUDE, Président d'Honneur.

M. le Docteur Edouard TOULOUSE, Président du Comité Exécutif.

M. le Docteur René CHARPENTIER, Président du Comité du Programme.

M. le Professeur Jean LÉPINE, Président du Comité d'Organisation.

SÉANCE INAUGURALE

Le *deuxième Congrès International d'Hygiène mentale* s'est tenu, du 19 au 25 juillet, au Centre Marcellin-Berthelot (Maison de la Chimie). Aux côtés de MM. les professeurs Henri Claude et Jean Lépine, de MM. Edouard Toulouse et René Charpentier, avaient également aidé à son organisation et à sa réussite, M. le Professeur Aug. Ley, vice-président du Comité exécutif et du Comité du programme, M. le D^r Genil-Perrin, secrétaire général, M. Clifford W. Beers, secrétaire permanent du Comité international, M. Joseph Delaitre, conseiller d'Etat, vice-président du Comité d'organisation et M. Demachy, trésorier.

Quarante-deux nations avaient envoyé des délégués à ce Congrès, qui groupa environ 400 membres.

La séance solennelle d'ouverture du lundi 19 juillet, qui précéda les séances de travail, fut ouverte sous la présidence de M. le Ministre de la Santé Publique. On entendit successivement le discours de M. le Ministre de la Santé Publique ; celui de M. le D^r Edouard Toulouse, président du Congrès, et celui de M. le Professeur Ern. De Craene, de Bruxelles, au nom des délégués étrangers.

M. Clifford W. Beers et M. le D^r Genil-Perrin donnèrent ensuite lecture de leurs rapports sur les mouvements de l'Hygiène mentale.

Séances du lundi 19 juillet 1937

*Présidence : MM. les Professeurs RÜDIN (de Munich), CASTELLANI (de Rome)
et H. BOUMAN (d'Amsterdam)*

Les bases scientifiques de l'hygiène mentale,
par M. le Dr André REPOD, de Malévoz-Monthey (Suisse).

L'auteur délimite le domaine où doit s'exercer l'activité de l'hygiène mentale. La prévention des causes organiques des troubles nerveux et mentaux n'est qu'une partie de son activité. Sur le terrain psychique, l'hygiène mentale doit lutter avec des armes psychologiques. Les critères scientifiques de son action doivent donc être empruntés aux sciences et aux disciplines les plus diverses et même aux sources empiriques. L'auteur montre que la tendance à ne considérer comme valables que les observations provenant des sciences naturelles n'est pas justifiée. L'ordre de connaissance des sciences morales pour être différent, n'est pas inférieur. Enfin suit l'énumération des principales branches d'activité de l'hygiène mentale, après discussion sommaire pour chacune d'elles de la valeur et de la légitimation scientifique. L'auteur conclut en disant que les diverses bases sur lesquelles s'appuie l'hygiène mentale, quoique de valeur inégale, sont déjà suffisantes pour justifier son action.

**Les conditions et le rôle de l'Eugénique dans la prophylaxie
des maladies mentales,** par M. le professeur RÜDIN (de Munich).

Les maladies mentales héréditaires ne sont pas à guérir par un traitement individuel. Par contre les maladies mentales, qui ont leurs sources dans des influences nuisibles du milieu, ne sont pas à combattre par des mesures eugéniques. Une fois que le caractère héréditaire de certaines maladies mentales est prouvé scientifiquement par les méthodes de recherche sur les jumeaux, par le pronostic d'hérédité empirique et par l'étude d'arbres généalogiques, il ne reste plus pour l'eugénique qu'à combattre la véritable cause de la dégénérescence héréditaire, c'est-à-dire empêcher la propagation des cellules sexuelles tarées au moyen le plus humain de la stérilisation et d'autres mesures eugéniques éliminatoires. Laisser l'initiative dans la stérilisation à la décision facultative des malades et de leurs représentants, veut dire donner la race en proie à la contre-sélection. Pour cette raison, les conditions fondamentales d'une prophylaxie eugénique sont en outre un service de santé publique inspiré des principes eugéniques, un corps de médecins fermes aussi bien dans l'art de diagnostiquer que dans la biologie héréditaire humaine, un corps de fonctionnaires d'Etat bien versés dans l'eugénique. Outre cela est indispensable une propagande publique en faveur des idées de l'eugénique dans toutes les couches de la population. Avant tout, l'aliéniste doit toujours mettre en

premier lieu la santé héréditaire du peuple. L'eugénique ne peut que s'opposer de la plus vive manière à la guerre moderne, parce que celle-ci mène à la plus formidable contre-sélection.

DISCUSSION

Mme Minkowska (de Paris) estime qu'indépendamment de raisons affectives, déontologiques et morales, la loi de stérilisation obligatoire ne repose pas sur des données suffisantes, car elle ne répond pas au but qu'elle poursuit ; elle néglige les faits à étudier et s'est montrée de plus insuffisante. Il est impossible d'obtenir la confiance des malades si on les surveille et les dénonce. Il y a contradiction entre la tendance libérale de l'hygiène mentale et la tendance autoritaire de la stérilisation obligatoire.

M. le Professeur Pappenheim (de Tel-Aviv) qui relève le faible pourcentage de descendants d'épileptiques (6 %) demande si un taux aussi faible justifie la stérilisation ?

M. le Professeur Laurence Brock (de Londres) discute le point du rapport où il est dit que la stérilisation doit être obligatoire du moment qu'il est prouvé qu'elle est héréditaire. Les résultats d'une telle mesure sont variables selon les nations, comme le prouve l'exemple de l'U.S.A. Une telle mesure doit être d'application volontaire.

M. Répond (de Malevoz-Monthey) veut montrer l'intrusion des préjugés dans une question scientifique. Et les lois de stérilisation semblent ne tenir compte que très insuffisamment de la psychologie collective. En Suisse le sujet est considéré comme une victime, hormis les cas touchant à la morale. Il estime, malgré l'objectivité des travaux de M. Rüdin, que les bases scientifiques actuelles en cette matière sont insuffisantes.

M. Art. Donaggio (de Bologne) pense qu'en ce qui concerne la biologie humaine, au point de vue de l'hérédité, on ne peut parler d'une science actuellement définitivement établie. En outre, l'existence prouvée d'une hérédité très chargée chez nombre de génies permet de redouter que la stérilisation obligatoire ne soit un danger pour une nation qui risque de se trouver privée de génies.

Mme Ase Gruda Skard (d'Oslo) voudrait savoir, dans les impressionnantes statistiques de M. le Professeur Rüdin sur les enfants aliénés, à quel âge ceux-ci ont été séparés de leurs familles. Elle demande en outre quels jumeaux ont été pris en considération et montre l'importance de ce point en raison de la variation d'attitude de l'entourage.

M. le Professeur H.-W. Maier (de Zurich) apprécie beaucoup l'œuvre de M. Rüdin et du Gouvernement allemand dans le domaine du combat eugénique. La question actuelle est : obligatoire ou facultative. L'obligation force le médecin à des diagnostics dont les répercussions sont graves devant le tribunal. Les petits mentaux en souffriront les premiers.

M. Minkowski (de Paris) se déclare hostile à la stérilisation obligatoire. Le rôle de l'hygiène mentale, c'est de créer des conditions optima pour l'être humain. Il ne faut pas détacher un fait de l'ensemble. Les questions qui se posent sont complexes engageant, non seulement notre attitude scientifique, mais aussi la vie. La stérilisation obligatoire nous prive de notre privilège de choisir nos moyens thérapeutiques, quitte à demander la stérilisation thérapeutique.

Mme Masson (de Limoges) demande à M. le Professeur Rüdin si, dans sa statistique de 6 % de l'hérédité épileptique des épileptiques, ont été élimi-

nés les géniteurs épileptiques qui présentèrent, en plus de leur épilepsie, de l'arriération mentale à un degré quelconque, un appoint alcoolique ou tout autre symptôme pouvant entrer en ligne de compte pour la constitution d'une hérédité épileptique ?

Les lois de stérilisation eugénique et les résultats de leur application,
par MM. le Dr HOWARD et C. TAYLOR (de New-York).

Etant donné que les lois sur la stérilisation sont faites par les différents Etats des Etats-Unis et non par le Gouvernement Fédéral, la situation n'est pas uniforme dans tout le pays.

Il n'y a que quelques Etats seulement où ces lois sont réellement appliquées, tandis que dans la majorité aucune loi n'a été promulguée, ou rapportée, ou strictement appliquée. Dans le pays entier, plus de 20.000 opérations de stérilisation légale ont été enregistrées. Celles-ci n'ont qu'un effet eugénique négligeable sur le total de la population. Des résultats pratiques résulteront de la clarification des lois, qui est maintenant un fait accompli ; de l'intérêt grandissant de la part du public dans les maladies héréditaires ; et des résultats favorables obtenus par certains malades et leurs familles.

[En l'absence de l'auteur, ce rapport a été exposé par M. le Professeur *Adolph Meyer* (de Baltimore)].

L'hygiène mentale de la sexualité, par M. le Dr J. M. SACRISTAN (de Madrid).

Dans le présent rapport l'auteur considère, d'utilité majeure, pour une discussion générale de s'occuper seulement de ces moments de la vie sexuelle (crise de la puberté, onanisme physiologique, premiers relations sexuelles, etc.), qui constituent un danger possible de déviation de la normalité psychique et qui peuvent, grâce à une éducation sexuelle correcte, être sauvés sans risque de rupture de l'équilibre de la personnalité. De plus, l'auteur souligne les anomalies les plus fréquentes de la vie sexuelle erronée, même quand son traitement ne correspond pas d'une manière stricte à l'Hygiène mentale. Il mentionne, finalement, des procédés comme l'interruption de la grossesse, la castration et la stérilisation, avec l'idée que puisse s'établir sur le dernier un accord qui serve de base à une législation internationale, libre de tout préjugé politique ou confessionnel et en harmonie avec les résultats des investigations les plus modernes sur la biologie de l'hérédité. En somme, pour l'auteur, d'accord avec le critérium de *Maier* (de Zurich), l'idée qui doit diriger la tâche de l'hygiène mentale dans la vie sexuelle se réduit à faire en sorte que l'instinct sexuel se trouve en harmonieuse ordination dans le système total de la personnalité et par conséquent absolument subordonné à la volonté.

En l'absence de l'auteur, ce rapport a été présenté par M. le Dr *Salvador Vivès* (de Barcelone).

La sexualité et l'hygiène mentale, par M. le Dr J. HYNIE (de Prague).

Le sens de la sexualité dans la nature ne signifie pas seulement la multiplication de l'espèce. Mais, avant tout, le perfectionnement de cette dernière. D'où l'importance des caractères sexuels secondaires, et chez l'homme des caractères psychiques. Dans la puberté, parallèlement avec l'éro-

tisme, évoluent le sens de la beauté, une véritable possibilité d'amour et une activité générale intense principalement devant et pour la personne aimée. Dans d'autres cas, la sexualité mal développée peut-être la source des désastres dans la vie psychique, par exemple des crimes sur les autres et sur soi-même. Il est alors nécessaire pour l'hygiène mentale de s'occuper de cette évolution sexuelle comme d'un facteur important. Inversement, sans une bonne hygiène mentale dès la première enfance, une bonne évolution vers la vie sexuelle, complète et heureuse, n'est guère possible. La possibilité de contact et d'harmonie psychique et la puissance des organes génitaux en souffrent. L'hygiène mentale est pour la fonction sexuelle la plus belle prophylaxie et la partie la plus efficace du traitement des troubles sexuels.

Séances du mardi 20 juillet 1937

PREMIÈRE SÉANCE

Présidences : Sir Hubert BOND (de Londres)

et M. le Professeur WIGERT (de Stockholm)

L'Hygiène mentale dans l'éducation familiale,
par M. le Dr Corrado TUMIATI (de Florence).

L'auteur considère l'hygiène mentale comme une branche de la psychiatrie et il juge, par conséquent, que l'intervention du psycho-hygiéniste dans l'éducation familiale doit se limiter à signaler les erreurs qui peuvent — effectivement — déterminer ou favoriser de véritables « variations » morbides et non pas des défauts parfaitement compatibles avec la santé mentale. Il est du ressort de la pédagogie de corriger ces défauts.

Il examine quelques conditions en vertu desquelles l'éducation familiale peut — dans ce cas — porter préjudice à la santé mentale des enfants et particulièrement : a) la présence active dans un milieu familial des parents neuro-psychopathes ; b) le manque ou l'excès de sévérité, ainsi que la négligence des parents pour les enfants ; c) l'existence de « prédispositions » chez les enfants à éduquer.

Il estime que la tâche de l'hygiène mentale dans l'éducation familiale est de dénoncer les dangers, de dépister de bonne heure les prédispositions et de préparer des défenses et des compensations d'ordre physiologique et psychologique.

DISCUSSION

M. le Dr Tom. A. Williams (de Londres) désire attirer l'attention des parents et des éducateurs sur le moment où l'enfant entre dans la vie, la concentration de son intérêt naissant doit se faire sur l'entourage et non sur lui en lui donnant des notions éducatives, religieuses et sociales.

M. le Professeur M. Marinesco (de Bucarest) attache une grande importance à ce que notre existence est gouvernée par les rapports des glandes à sécrétion interne. Aussi faut-il tout connaître de l'enfant : hérédité et milieu, et donner une grande place à la biotypologie, créer des fiches somato-psychiques.

M. le Dr Crichton-Miller (de Londres) rend hommage au professeur Adler, qui a tant fait pour l'hygiène mentale et l'éducation de l'enfant, mais il se trouve en contradiction avec les conclusions du Dr Tumiaty. On ne peut envisager le placement de tous les enfants dans des formations militaires ou paramilitaires. Il faut, comme en Angleterre, s'attacher au problème dans l'autre sens et tenter d'améliorer l'atmosphère familiale par les moyens moraux portant sur le rôle joué par l'enfant dans sa famille, moyens qui donnent des résultats.

M. le Dr Beca (de Santiago-de-Chili) pense que l'action de l'hygiène mentale ne doit pas être limitée aux cas et milieux anormaux, mais elle doit agir sur les conditions de vie commune à tout le monde.

L'Hygiène mentale à l'Ecole et à l'Université, par M. le professeur Gonzalo BOSH (de Buenos-Aires).

L'entrée de l'enfant à l'école est son premier contact avec le monde extra-familial, offrant à la société la première opportunité réelle d'intervenir dans la formation de la créature humaine : constitutions : morphologique, physiologique et psychologique. La transition du jeu au travail coûte à l'enfant, et une pédagogie bien comprise ne doit pas perdre d'énergies inutiles pendant ce processus.

Il ne faut pas tâcher de former un « enfant modèle », mais on doit toujours aspirer à la conversion de l'activité déviée en travail utile. La puberté s'annonce parfois par le flot de suractivité, que nous appelons pré-puberté. A cette époque l'adolescent peut se révolter contre l'autorité des parents et du maître. Ici le rôle du médecin peut être important qui soutient dans la formation du caractère. Mieux vaudrait que toute la période de la puberté (jusqu'à l'âge de 16 ans) se déroulât sous la surveillance d'éducateurs et de médecins spécialisés.

A l'Université, le programme d'enseignement ne doit pas être surchargé de matières, car cette surcharge empêche la formation de la personnalité de l'étudiant. Les examens démoralisent l'étudiant, en détruisant la confiance entre celui-ci et le professeur. Le professeur universitaire doit agir en pédagogue, s'appliquant à former la personnalité du futur professionnel.

DISCUSSION

M. le Professeur Vermeylen (de Bruxelles), estime que certains points sont restés dans l'ombre et qu'il est des lacunes capitales : la question de la spécialisation pédagogique des professeurs d'Université notamment. La plupart sont des orateurs, mais ne sont pas des éducateurs. L'organisation des cours à l'Université, des loisirs de l'étudiant, devrait être plus rationnelle en un mot.

M. le Professeur Hans Maier (de Zurich) croit qu'il y a un danger dans ce que propose M. Vermeylen. Si on ne choisit les professeurs qu'en fonction de leurs dons pédagogiques, le niveau de l'Université en souffrira.

Mais il croit cependant qu'une aide dans les questions d'hygiène mentale devrait exister dans chaque Université.

M. le Professeur Adolph. Meyer (de Baltimore) et *M. le D Garafulic* (de Santiago-de-Chili) ont également pris part à la discussion.

En l'absence de l'auteur, ce rapport a été présenté par *M. le Professeur Ed. Krapf* (de Buenos-Aires).

La législation de l'enfance anormale, par *M. le professeur G. VERMEYLEN* (de Bruxelles).

La législation de l'enfance anormale est encore très lacunaire dans la plupart des pays. On ne peut constituer un ensemble législatif qu'en empruntant, à l'un et à l'autre, les éléments les mieux adaptés de leur législation. Cette législation, pour être complète, devrait réglementer les points suivants :

- 1° La protection familiale et sociale de l'enfant mentalement déficient ;
- 2° L'hospitalisation de ces enfants quand c'est nécessaire ;
- 3° Le dépistage et le contrôle de la déficience mentale ;
- 4° L'institution et l'organisation de l'enseignement spécial ;
- 5° La formation du personnel enseignant et de contrôle (éducateurs, instituteurs, médecins, techniciens) ;
- 6° L'institution et l'organisation du patronage scolaire sous toutes ses formes utiles.

Ce n'est qu'en entourant ainsi l'anormal de tout un réseau de moyens d'éducation, d'instruction et de sauvegarde qu'on pourra espérer faire œuvre utile et éviter les déceptions que donnent trop souvent des mesures excellentes en elles-mêmes, mais lacunaires et ne pouvant donc pas résoudre l'ensemble du problème complexe et permanent que pose le sujet déficient mental au cours de son existence.

DISCUSSION

Mrs. C. B. S. Hodson (de Londres) attire l'attention sur la législation danoise pour les déficients et arriérés. Chacun de ces sujets passe automatiquement de la charge de la Commune à celle de l'Etat, d'où l'intérêt direct, même dans les endroits ruraux, à retrouver tous ceux dont les frais seront assurés par le Gouvernement Central.

Miss Evelyn Fox (de Londres), *Mme Imbriaco* (de Rome), *M. Salvador Vivès* (de Barcelone) et *M. le Professeur A. Donaggio* (de Bologne) ont également pris part à la discussion.

COMMUNICATIONS

Une raison de l'attitude antisociale de la jeunesse et sa prévention, par *M. le Dr Tom A. WILLIAMS* (de Londres).

L'auteur confirme par cette communication les idées émises à propos du rapport de *M. le Professeur Tumati*.

L'hygiène mentale de l'adolescent, par *M. le Dr W. Mc. HARROWES* (Edinburg).

Les difficultés pour l'adolescent sont moins souvent dans son présent que dans son passé. On a tendance à considérer l'adolescent qui s'adapte mal

comme un individu incapable de faire face à une situation actuelle ; en réalité, c'est l'établissement de certaines réactions, non rompues, beaucoup plus anciennes, qui est déterminant. L'adolescent est lourdement handicapé par plusieurs facteurs. Ce sont : la représentation fausse des réalités de la vie par les adultes associés ; l'insistance à exécuter les actes d'un adulte, sans les droits d'un adulte, et une hostilité fondamentale envers les adolescents. Beaucoup de difficultés sont dues à la répugnance des parents, en tant qu'adultes, à admettre une nouvelle compétition de générations, plutôt qu'une véritable inadaptation de la part de l'adolescent.

L'étude de l'hygiène mentale dans un arrondissement de l'Est de Baltimore (Maryland), par Miss RUTH E. FAIRBANK (de Baltimore).

L'auteur communique une étude portant sur 3.881 malades mentaux, dans une population de 5.700 habitants. Des graphiques montrent la distribution géographique des principales formes cliniques de psychoses. Le but de l'auteur est d'associer l'étude des problèmes mentaux et celle des facteurs économiques, sociologiques et sociaux.

L'enseignement de l'hygiène mentale, par des exemples tirés de la littérature populaire, par M. le Dr Tom A. WILLIAMS.

L'auteur établit une liste de romans de divers pays où les situations correspondent à celles qui sont envisagées dans l'hygiène mentale.

L'hygiène mentale dans le développement de la personnalité, par M. le Dr Ernest M. LIGON (de Schenectady, New-York).

Mardi 20 juillet 1937

DEUXIÈME SÉANCE

Présidences : M. le Dr Adolph MEYER (de Baltimore)

et M. le Dr H. W. MAIER (de Zurich)

L'hygiène mentale du travail intellectuel, par M. le professeur Charles S. MYERS (de Londres).

L'auteur a cherché à démontrer dans ce rapport quelle grande variété de processus, conscients et inconscients, sont compris dans le travail intellectuel et que chacun d'eux demande des conditions spéciales pour obtenir l'action la meilleure et la plus efficace.

Il a aussi essayé de démontrer combien varie l'aptitude innée chez les

individus pour ce genre de travail, et que, par conséquent, les conditions hygiéniques dépendent non seulement des différences du genre de travail intellectuel, mais aussi des différences individuelles chez les travailleurs intellectuels.

Concernant le travail intellectuel de l'apprentissage et de la pensée, l'auteur insiste sur l'obligation de donner beaucoup plus d'attention, dès le début, au développement harmonieux de la personnalité entière qu'à l'éducation pure et simple de l'intelligence. Il est cependant persuadé que certains exercices bien appliqués et expliqués pourraient faciliter et améliorer ces deux modes de travail.

Il insiste sur un point très important : un régime régulier, assez de repos et de sommeil, et des conditions de travail exemptes de distraction.

L'hygiène mentale dans l'orientation professionnelle,

par M. le professeur J. M. LAHY (de Paris).

Nous considérons l'hygiène mentale non pas seulement comme la prophylaxie des maladies du cerveau, mais encore comme devant procurer à l'organe de la pensée toutes les conditions favorables à son développement. L'orientation professionnelle ne peut être réduite à la « distribution » des enfants et des adolescents parmi les carrières que le hasard du marché du travail leur offre à la sortie de l'école. L'orientation professionnelle doit être considérée comme une préparation physiologique et psychologique à la carrière que l'on choisira pour l'enfant selon ses aptitudes. Elle doit être *permanente, continue*. Il faut donc rassembler tous les moyens de connaissance possible sur l'enfant pour pouvoir suivre son évolution et en assurer les meilleures conditions, afin de le faire entrer dans la profession, nanti de toutes les qualités qu'il est susceptible d'acquérir. On doit centraliser à l'école tous les moyens d'information sur l'enfant aussi bien que l'application des mesures que peut prendre la société en vue de garantir la santé mentale et le développement de l'enfant. Mais, ceci posé, l'école ne doit être considérée que comme un des éléments d'information. La psychologie, la médecine, la psychiatrie, etc., auront, à des titres divers, un rôle à jouer dans l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle est en quelque sorte la conséquence des mesures successives d'hygiène mentale prises à l'école.

DISCUSSION

M. le Professeur Art. Donaggio (de Bologne) estime que la question des loisirs doit être jointe à celle de l'orientation professionnelle.

M. le D^r Alexander (de Bruxelles) est aussi de cet avis. Mais la plupart des sujets normaux, astreints à une besogne mécanique, cherchent spontanément, au cours de leurs loisirs, une occupation qui donne satisfaction à leur besoin d'activité intellectuelle. Les autres, qui sont nombreux, doivent être dépistés précocement pour que soit évitée l'aggravation de leur indolence.

Hygiène mentale et urbanisme,

par M. le professeur LÉVI-BIANCHINI, de Nocera Inferiore, Salerno (Italie).

Selon M. le Professeur Lévi-Bianchini, l'urbanisme est un produit de la civilisation, entendue comme le procès de l'évolution psychologique, éthique,

sociale et économique de l'humanité. Il s'agit, par conséquent, dans le même sens de la civilisation, c'est-à-dire non seulement en sens évolutif et auxologique, à travers les conquêtes économiques, physiques, industrielles de la science et de la technique, mais aussi en sens dégénératif et régressif, à travers quelques-uns de ses produits, capables d'agir en matière démographique et blastophtorique sur la population, les individus et les sexes.

Ces produits, pour ce qui intéresse très directement l'hygiène mentale, sont constitués avant tout par la syphilis nerveuse, les toxicophilies, le suicide, les psycho-névroses, les aliénations mentales, les infections épidémiques qui ont un caractère fortement neurotrope.

La puissance démophtorique de l'urbanisme agit comme une véritable contagion directe, qui, en partant de la Cité et de l'homme, va infecter la femme et la terre, les deux victimes les plus immédiates du progrès métropolitain, mais en même temps les dons les plus précieux et nécessaires offerts par la nature à l'homme.

Cette action destructive est démontrée par toutes les recherches et par toutes les statistiques démographiques et sociologiques de toutes les nations fortement civilisées, avant tout, les européennes.

DISCUSSION

M. le Professeur Pappenheim (de Tel-Aviv) veut discuter ce qui touche à la statistique de M. Lévi-Bianchini sur le suicide. Sans doute les conditions de vie dans les villes engendrent-elles des conditions névrotiques, car l'intensité de la lutte pour l'existence y est plus grande, mais si l'on compare le nombre des suicides urbains et ruraux, on peut avoir des conclusions erronées si on ne sépare pas les chiffres concernant les adultes et les enfants.

M. le Dr Dan Contantinesco (de Bucarest) fait observer qu'il ne faut pas exagérer l'importance de l'urbanisme dans les troubles mentaux. Il y a tout au plus quelques conditions spéciales et différentes de l'hygiène mentale urbaine et rurale.

Mme le Dr Masson (de Limoges) intervient au sujet des toxicomanies et de leurs rapports avec les phénomènes démographiques. Elle signale le développement dans les campagnes d'une toxicomanie qui y est nouvelle : le caféisme.

Mrs. P. B. S. Hodson (de Londres) demande que l'on ait recours à une psychologie sociale et traité de « l'Instinct social ».

M. le Dr A. Répond (de Malevoz-Monthey) considère que la métaphysique risque de faire courir de grands dangers à l'objectivité dans la question de l'hygiène mentale. Sans qu'il soit question de contester les notions statistiques fournies, on ne peut contester les interprétations. Bien des éléments biologiques du problème n'ont pas été pris en considération, ainsi qu'il le montre par des données sur l'ensemble des conditions humaines et les travaux de Rorschack sur certains villages suisses atteints d'épidémies psychiques.

M. le Dr Sanders (de La Haye) estime qu'il faut faire des réserves sur la valeur des chiffres statistiques du suicide, notamment dans certains pays. Le rapporteur a dit que l'urbanisme est défavorable à l'hygiène mentale. En réalité, 25 ans après ce qui se passe à la ville, les campagnes présentent des statistiques semblables pour la natalité, la mortalité, etc...

M. le Dr Salvador-Vivès (de Barcelone) et *M. le Professeur A. Millan* (de Mexico) ont également pris part à la discussion.

COMMUNICATIONS

Psychologie et orientation professionnelle. Hygiène de l'attention.
Aptitude à l'attention, par M. le professeur PLINIO OLINTO (de Rio-de-Janeiro).

L'hygiène mentale dans le développement de la personnalité,
par M. le Dr Ernest M. LIGON (de New-York).

Séances du mercredi 21 juillet 1937

PREMIÈRE SÉANCE

Présidences : M. le Professeur MARINESCO (de Bucarest), M. le Dr Louis
VERVAECK (de Bruxelles) et M. le Professeur PLINIO OLINTO (de Rio-de-
Janeiro).

**Le rôle de l'hérédité et de la constitution dans l'étiologie
des troubles de l'esprit**, par M. le professeur KRETSCHMER (de Marburg).

L'importance de l'hérédité et de la constitution relative aux troubles mentaux ne se borne pas seulement au groupe de ces troubles que nous appelons des « maladies héréditaires » au sens spécial, mais elle s'étend plus loin. D'autre part l'hérédité et la constitution ne sont pas toujours seulement responsables pour la foule des causes des maladies spécialement héréditaires. Exceptée l'hérédité sans doute comme facteur général, nous cherchons aussi soigneusement chaque cause extérieure coopérante, telle qu'une cause psycho-réactive, infectieuse, toxique, endocrine. Ces causes coordonnées peuvent être souvent la base d'une thérapeutique efficace. Par ailleurs les psychoses endogènes ne sont pas indépendantes dans l'hérédité, elles sont plutôt jointes à certaines formes de personnalité qui sont les porteurs intermédiaires de l'hérédité. Personnalité et psychose se trouvent en corrélation étroite. Dans les psychoses exogènes (comme la paralysie et les psychoses alcooliques), la constitution détermine non seulement la teinte du symptôme, mais aussi le type de la psychose et la prévision médicale. Chez les psychonévroses il s'agit souvent moins des influences de l'expérience que des questions de la structure de la personnalité, ce sont des choses qui, au fond, sont déterminées par la constitution. Dans la psychothérapie nous influençons la personnalité en la façonnant.

DISCUSSION

Mme le Dr Minkowska (de Paris) souligne l'importance des notions kretschmériennes qu'elle a eu l'occasion d'apprécier au cours de ses propres

recherches généalogiques, dont une partie a été faite avant et l'autre après la parution du livre de M. Kretschmer. Ces notions, fondées sur l'idée de solidarité organo-psychique et. polarisées vers le normal, rendent de très grands services, tant au point de vue clinique que généalogique, caractérologique et pédagogique. Par analogie avec la schizoïdie et la cycloïdie de Kretschmer, l'auteur a précisé, vers 1923, les caractères essentiels de la constitution épileptoïde, en mettant au premier plan l'affectivité visqueuse et a établi une connexion étroite entre cette constitution et l'épilepsie essentielle. Ces notions, utiles pour l'étude des psychoses associées, fondent la pathographie structurale.

M. le Professeur Fahreddin Kerim (d'Istanbul) signale que certaines de ses études lui ont fourni des résultats s'approchant considérablement des travaux du Professeur Kretschmer et termine en citant un cas généalogique d'un garçon de 13 ans ayant 13 frères atteints d'épilepsie.

Mrs. C. B. S. Hodson (de Londres) souligne l'utilité du Comité international de recherches de génétique et du bureau d'hérédité humaine et fait appel à la collaboration de tous ceux qui voudront bien envoyer leurs observations, même non publiées, au « Bureau of Human Heredity » (115 Gower street, London, W. C. 1).

M. le Dr Louis Vervaeck (de Bruxelles) appuie les conclusions du beau rapport du Professeur Kretschmer. L'observation démontre que souvent la personnalité et la constitution portent latents des germes d'hérédité psychopathique, mais il faut pour les révéler des éléments toxiques ou infectieux, parfois des émotions vives ou l'involution sénile. Il cite l'exemple des psychoses pénitentiaires et des cas de criminalité tardive, contre les mœurs notamment.

M. le Dr Eug. Minkowski (de Paris). — La notion de constitution est l'expression du besoin de notre esprit de rechercher, à travers la diversité des faits, le pareil, le semblable, l'identique ; elle repose ainsi sur un fondement solide et a une valeur explicative. Mais dans le domaine de la psychologie et de la psycho-pathologie elle est loin de représenter un élément statique, inaccessible à notre activité thérapeutique. Elle ne comporte nullement un facteur de fatalité, elle indique seulement, dans le cadre qu'elle dessine, une vulnérabilité spécifique qui, d'autres facteurs aidant, peut donner lieu à une psychose correspondante. Centrée sur l'idée de l'interaction de l'individu avec l'ambiance, elle vient limiter à juste titre des considérations unilatérales relatives au rôle des mécanismes affectifs et donne de très précieuses indications tant d'ordre pédagogique que psychothérapique, comme l'a si bien mis en relief M. Kretschmer.

M. le Professeur Marinesco (de Bucarest) met particulièrement en évidence l'importante part qu'il faut accorder aux réflexes conditionnels.

La prophylaxie des maladies nerveuses et mentales d'origine toxi-infectieuse, par M. le Dr L. MARCHAND (de Paris).

Les maladies nerveuses et mentales d'origine toxi-infectieuse sont dues à l'action sur le système nerveux de toxines secrétées par les microbes qui infectent l'organisme. Les troubles nerveux causés par les agents du tétanos et de la diphtérie sont les exemples les plus nets. Leur prophylaxie consiste à appliquer le sérum qui détruit l'agent causal et à immuniser l'organisme. Au cours des fièvres éruptives ou des maladies infectieuses,

la pathogénie toxi-infectieuse des troubles nerveux est également justifiée s'ils sont subordonnés à la gravité de l'infection. Leur prophylaxie se confond avec celle des maladies causales ; elle consiste en l'application de vaccins. Il existe enfin des affections nerveuses et mentales considérées comme d'origine toxi-infectieuse qui surviennent dès le début ou au décours ou même pendant la convalescence des maladies infectieuses. Comment peut-on alors invoquer l'action sur le système nerveux de produits libérés par les microbes ? Les maladies causales sont des plus variées ; il n'y a aucune proportionnalité entre l'intensité de l'infection et la gravité des troubles ; les lésions ne présentent aucun caractère spécifique. Dans ces cas, la maladie causale ne joue qu'un rôle secondaire, tandis que la morbidité du sujet, son aptitude à réagir, à des causes souvent banales, jouent un rôle prédominant. La prophylaxie consiste à dépister les prédisposés.

DISCUSSION

M. le Professeur Fahreddin Kerim (d'Istanbul) attire l'attention sur les cas rares de tableaux maniaco-dépressifs après des accès de confusion. Il apporte des statistiques personnelles sur la question et les effets thérapeutiques en cette matière.

Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux, par M. le professeur MIRA (de Barcelone).

L'auteur se montre sceptique au sujet de la méthode statistique quand elle est appliquée à l'étude d'un problème aussi complexe que celui-ci. Il signale que la façon dont le sujet considère ses conditions sociales a plus d'importance étiologique que celle-ci.

Après avoir analysé l'influence de quelques-unes de ces conditions (notamment : le chômage et la révolution) dans la production des troubles mentaux, il dégage plusieurs conclusions : toutes concourent à démontrer l'importance des facteurs subjectifs.

D'autre part, l'auteur nie l'existence d'une fonction spéciale d'adaptation mentale dont l'absence pourrait expliquer les troubles déclenchés par le changement des conditions sociales. Il préfère employer à ce propos une terminologie plus précise et signaler les différentes manières dont ce résultat (adaptation mentale) est obtenu (par exemple : hypocrisie, soumission, compréhension, compensation, isolement, résistance, etc.).

En l'absence de l'auteur, ce rapport a été présenté par M. le Dr *Salvador Vivès* (de Barcelone).

DISCUSSION

M. le Prof. Fahreddin Kerim (d'Istanbul) montre l'influence de la transformation politique et militaire de son pays où la mentalité fanatique a été refoulée à jamais.

COMMUNICATIONS

L'hygiène mentale et l'individu, par M. le Dr Arthur R. RUGGLES (de Providence).

L'importance de la méthode généalogique pour les problèmes de prophylaxie mentale, par M^{me} le Dr MINKOSWSKA (de Paris).

Du rôle de certains facteurs sociaux dans la genèse des troubles mentaux,
par les D^s MAURICE et Suzanne LECONTE (de Paris).

A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie, par M. le D^r VIÉ (de Moisselles).

Celles-ci, toujours croissantes, font succomber dans la psychose des sujets de moins en moins tarés : les affaiblis, les débiles, les transplantés (psychoses de dépaysement), les déséquilibrés légers (psychoses de responsabilité et d'infériorité). Les conditions actuelles de travail industriel et même les fatigues et les contraintes de la simple vie urbaine surmènent exagérément le système nerveux des sujets normaux.

Un nouveau syndrome mental : les parapsychoses,
par M. le D^r Lowell S. SELLING (de Philadelphie).

Mercredi 21 juillet

2^e SÉANCE

Présidences : M. le D^r STUMPER (de Luxembourg), M. le Professeur Fahreddin KERIM (d'Istanbul) et M. le Professeur Eduardo KRAFF (de Buenos-Aires).

L'appétit pour les toxiques et la lutte contre les toxicomanies,
par M. le professeur G. BONVICINI (de Tulln, Autriche).

Plusieurs auteurs, les plus compétents sur la psychologie, le mécanisme d'origine et la thérapie dans les variétés les plus fréquentes de la toxicomanie en Europe, ont donné leur opinion.

D'après les publications des dix dernières années, il est spécialement tenu compte de la morphinomanie.

DISCUSSION

M. Maier croit qu'il est dangereux de procéder à une désintoxication par absorption, même légère, d'un produit contenant du toxique. L'insuline permet de rétablir l'équilibre et d'éviter les états de mal.

M. Neuberger remarque que l'aversion des toxicomanes provient de leur crainte de la souffrance et préconise l'emploi d'une solution d'opium atonique « réconciliée avec l'équilibre de l'organisme » (pH), ce qui permet un sevrage aisé, efficace et dénué de toute souffrance.

MM. les Professeurs Pohlisch, Wigert, Panse (de Bonn) ont également pris part à cette discussion.

La prophylaxie de l'alcoolisme,

par M. le professeur Walter R. MILES (de New-Haven, Connecticut).

L'ignorance et la pseudo-science ont rendu bien complexe le problème de l'emploi et de l'abus des boissons alcooliques. Des études récentes ont réussi à mettre d'accord beaucoup de vues contradictoires. Les effets chimiques de l'alcool sont maintenant bien connus. Il se peut que l'alcoolisme ait de certains états pathologiques concomitants, mais c'est surtout un phénomène fonctionnel psychologique. Sa grande importance pour les hygiénistes est indiquée par le nombre des malades dans les maisons d'aliénés, nombre qui, aux Etats-Unis, va jusqu'à 10 0/0. L'expérience et la prohibition aux Etats-Unis a démontré que quand l'alcool n'est pas accessible, les pathologies de genre analogue sont moins fréquentes. Les connaissances de l'alcoolisme et de certaines autres conditions physiques, recueillies à bien des sources, sont d'accord pour indiquer qu'aux Etats-Unis l'opinion publique varie quant à l'emploi de l'alcool. On a réadmis les boissons alcooliques sans revenir aux excès précédents. L'étude scientifique a clarifié le diagnostic et le traitement. L'étude de la personnalité est la prochaine étape. Des méthodes thérapeutiques sont ébauchées. Des moyens améliorés de recherches et la dissémination des faits établis sont essentiels au progrès social.

DISCUSSION

M. le Professeur K. H. Bouman (d'Amsterdam), estime qu'il faut combattre l'usage de l'alcool, même en petite quantité. Il insiste sur la nécessité d'une loi et esquisse des considérations pathogéniques et thérapeutiques, signalant l'oxygénothérapie comme une bonne méthode.

La Prophylaxie individuelle et sociale du suicide,

par M. le professeur D. K. HENDERSON (d'Edinburgh).

Le problème du suicide et de la lutte contre le suicide étant d'une grande importance pour la Société, exige une étude et des recherches intensives. Un programme prophylactique constructif est bien en retard puisqu'il est clair que le suicide est non seulement un problème social grave, mais qu'il va toujours croissant. On fait appel à toutes les organisations sociales qui s'intéressent à l'amélioration de la race et de l'individu pour travailler plus ardemment que jamais à atteindre leur but.

A cause des divers facteurs étiologiques, il est difficile de construire une prophylaxie suffisante à la race et à l'individu.

La prophylaxie sociale a des liens étroits avec le développement d'un esprit de corps commun dont le but devrait être de protéger et de soigner chaque membre de la communauté. Son but doit être de former une belle organisation sociale avec un mécanisme et un personnel convenables.

La prophylaxie individuelle frappe les yeux, car c'est elle qui découvre la maladie mentale. Il n'arrive pas souvent qu'un acte de suicide soit la première indication du dérangement d'esprit. On devrait demander sans retard le conseil d'un spécialiste.

Il est fait mention des moyens employés par les suicidés et des moyens de protection à employer.

COMMUNICATIONS

Alcoolisme mental mesures législatives prophylactiques,
par M. le Dr Roger MIGNOT (de Ville-Evrard).

Le Dr Mignot fait remarquer qu'autocraties comme démocraties ont plus ou moins composé avec la redoutable puissance de l'alcool. Il montre la nécessité de mesures législatives permettant l'internement des alcooliques chroniques reconnus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. L'application de la loi pourrait être demandée par la famille, par les autorités judiciaires et administratives et par les sociétés antialcooliques et d'hygiène mentale. Il rend hommage, à propos de la création de dispensaires antialcooliques, à l'œuvre accomplie en ce sens par le Dr Toulouse en créant l'hôpital Henri-Rousselle.

L'influence des publications sur les suicides en Turquie,
par M. le professeur Fahreddin KERIM (d'Istanbul).**Le problème de l'accoutumance expérimentale à la morphine,**
par M. R. CAHEN (de Paris).

L'accoutumance expérimentale à la morphine résulte d'une modification de réactivité de la cellule intéressée, si bien qu'à côté de certains organes qui deviennent hypo-sensibles *in vivo* et même *in vitro*, et qui sont donc accoutumés à la morphine, d'autres ne sont pas modifiés dans leur réactivité. Ce mécanisme de l'accoutumance n'exclut pas cependant complètement l'hypothèse d'une destruction de la morphine qui pourtant, dans l'état actuel, ne peut être ni démontrée, ni infirmée. Les animaux accoutumés à la morphine et hypo-sensibles par certains de leurs organes à cet alcaloïde présentent une hyper-sensibilité à l'action de certains autres poisons (antipyrétiques, hyperthermiques, hypnotiques).

Comment nous luttons contre l'épidémie d'héroïne,
par M. le professeur MAZHAR-OSMAN UZMAN (d'Istanbul).**Exemples de trois suicides évités par l'hygiène mentale,**
par M. le Dr Tom A. WILLIAMS (de Londres).

Jeu*di* 22 juillet 1937

1^{re} SÉANCE

Présidences : M. le D^r HANS EVENSEN (d'Oslo)
et M. BROCHNER-MORTENSEN (de Copenhague)

L'organisation d'un centre de Prophylaxie mentale,
par M. le D^r ALEXANDER (de Bruxelles).

Une œuvre de prophylaxie mentale doit, pour s'organiser, tenir compte du milieu où elle doit exercer son action. Elle doit s'adapter. On ne peut donc donner, de par*cille* institution, un plan rigide et applicable partout. L'activité générale de ce centre doit être en premier lieu éducative. Son rôle sera un rôle d'information, d'assistance, de traitement et de recherches scientifiques. Diverses sections peuvent être prévues : prévention par les consultations prénuptiales ; hygiène mentale infantile ; tutelle des névropathes légèrement atteints, des anciens malades internés, des anciens délinquants, des anciens vagabonds, des toxicomanes. Le personnel, outre les médecins spécialistes, comportera des infirmières-visiteuses, des auxiliaires sociaux, un secrétaire, des assistants psychologues, des sociologues et des ergologues compétents en orientation professionnelle. Le local permettra autant que possible des relations faciles avec des consultations d'autres spécialités médicales. L'œuvre rendra surtout service par ses relations avec les médecins praticiens et les œuvres médicales, les œuvres sociales, les institutions de bienfaisance, les autorités judiciaires, les groupements d'abstinence. Les médecins du centre devront, le plus souvent possible, être eux-mêmes les agents de liaison entre le centre et les organismes collaborateurs.

La formation du personnel auxiliaire des organisations d'Hygiène mentale,
par M. le Professeur J. SOBRAL-CID (de Lisbonne).

L'auteur annonce le postulat fondamental de l'hygiène mentale, et donne ensuite un court aperçu de ses applications dans le domaine des problèmes de la conduite chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Quelques considérations finales de cette première partie sont réservées aux rapports de l'hygiène mentale avec l'assistance neuro-psychiatrique. Après avoir signalé les différentes catégories d'assistants sociaux pour l'hygiène mentale, il s'occupe de leur formation professionnelle, en envisageant successivement, d'abord les conditions requises (sexe, âge, tempérament, caractère, santé physique, classe sociale) pour devenir un bon assistant social ; et, après, le programme du cours ainsi que les méthodes de l'enseignement. Le cours est divisé en deux parties : le premier cycle d'enseignement *informatif*, — préparation de base,

comprenant Histoire de l'hygiène mentale, Organisation et Législation, Hygiène et Economie domestiques, Psychologie de l'Enfance, de l'Adolescence et de l'Age adulte, Psychopathologie ; — le second cycle *formatif* est destiné à l'apprentissage professionnel (Technique des enquêtes, causeries et petites cliniques médico-pédagogiques et médico-sociales).

La législation comparée de l'assistance psychiatrique,
par MM. les Drs A. COURTOIS et Roger ANGLADE (de Paris).

Les auteurs font un exposé des diverses formes d'assistance concernant les aliénés. Ils mettent plus particulièrement en lumière les systèmes d'admission et de sortie dans les différents établissements soumis aux législations qui, partout, restreignent la liberté individuelle de ces malades et transforment les asiles en hôpitaux fermés sous un contrôle rigoureux de l'autorité publique. Il se dégage, cependant, un effort général vers l'hospitalisation libre. D'autre part, au lieu d'attendre que les affections soient incurables ou qu'elles aient occasionné des réactions dangereuses, on se préoccupe dans un but préventif, de favoriser les examens et les soins précoces. Il existe à Paris, un hôpital psychiatrique, l'hôpital Henri-Rousselle, créé par le Conseil général de la Seine, sur l'initiative du Dr Toulouse, et qui répond entièrement à ces buts. Cette institution française, qui a donné, dès le début, une forme concrète au mouvement philanthropique d'hygiène mentale, inspira plusieurs formations analogues. Les résultats obtenus sont le meilleur argument en faveur de ce nouveau mode d'assistance qui tend à transformer les asiles d'aliénés régis par des lois restrictives en de véritables hôpitaux psychiatriques libres, comme les hôpitaux de médecine générale.

COMMUNICATIONS

Le service d'observation de l'hôpital Henri Rousselle, organisme de prophylaxie mentale, par MM. les Drs Roger DUPOUY et H. PICHARD (de Paris).

Exposé des résultats obtenus en ce qui concerne les aliénés dangereux. L'expérience de 15 ans de fonctionnement a permis la généralisation du principe des services ouverts.

Les fonctions d'une clinique d'hygiène mentale dans une petite Cité,
par M. le Dr Gilbert RITCH (de Milwaukee)

Le cadre de l'Hygiène et de la Prophylaxie mentales.
Leur application en Roumanie, par M. le Dr PREDA (de Bucarest).

Les organisations pour l'application pratique de l'hygiène et de la prophylaxie mentales, créées par l'auteur, en Roumanie, depuis 1919 (Société pour l'assistance des aliénés et anormaux mentaux et de leurs familles ; école médico-psychologique et Dispensaire neuro-psychiatrique), sont détaillées dans les considérations générales de la communication. En même temps il est fait un résumé des résultats obtenus dans ces centres, qui sont des plus encourageants.

Projet d'une nouvelle forme d'assistance aux psychopathes entraînant une modification de la loi française du 30 juin 1838, par M. le Professeur CLAUDE et le Dr P. RUBÉNOVITCH (de Paris).

Les auteurs envisagent le problème d'ordre social que pose une certaine catégorie de sujets dont la place ne se trouve ni dans un hospice, ni dans un hôpital psychiatrique ; tels certains épileptiques, post-encéphalitiques, périodiques, obsédés, anxieux, déséquilibrés affectifs. Ils proposent de créer des maisons de rééducation mentale et de réadaptation sociale.

La réforme de l'assistance psychiatrique en Catalogne, par M. le Dr Salvador VINES (de Barcelone), délégué de la Généralité aux services psychiatriques de Catalogne.

L'hygiène mentale et l'assistance publique de Mexico,
par M. le Professeur Alfonso MILLAN (de Mexico).

L'auteur décrit l'organisation de l'assistance publique au Mexique, en se référant spécialement à l'assistance des malades mentaux, qui se fait à Mexico à l'asile d'aliénés de « La Castañeda ». Il expose comment cet asile est organisé, les conditions d'admission et de travail technique et insiste sur l'importance de la thérapeutique occupationnelle, qui a été intensifiée au Mexique. Les résultats donnés sont réellement satisfaisants.

Les services d'hygiène et de prophylaxie mentales au point de vue administratif, par M^e G. L. IMBRIACO (de Rome).

Jeudi 22 juillet 1937

DEUXIÈME SÉANCE

*Présidences : M. le Professeur SOBRAL-CID (de Lisbonne)
et M. le Dr Salvador VIVÈS (de Barcelone)*

La prophylaxie des délits et des crimes,
par M. le Prof. Olof KINBERG (de Saltzjöbaden, Suède).

Prophylaxie criminelle présuppose connaissance approfondie des causes du crime. Le crime étant le résultat d'un développement psychologique il faut chercher les états psychologiques d'où naît le crime. Ces états précurseurs sont les différentes formes de maladaptation (physique, psychologi-

que, psycho-pathologique, sociale). Puisque le crime est en principe le résultat d'un choc entre un facteur individuel et un facteur mésologique, il faut distinguer entre deux groupes de faits : les individus menacés d'un développement criminel et les situations mésologiques dangereuses. Ceux-là se trouvent surtout parmi les malades mentaux, les oligophrènes, les inférieurs constitutionnels, les névrosés, etc... Celles-là sont caractérisées par des ensembles de facteurs dynamiques de crime. La mobilité croissante de la population augmente le nombre des individus psychologiquement anonymes dans la société. A cause de certains traits de la société moderne, ces anonymes sont devenus un danger sérieux pour la société. Pour en réduire le nombre, on doit créer un classement psychologique qui commence à l'école. Puis il faut répandre la connaissance des facteurs individuels du crime et des situations dangereuses, et créer chez les citoyens un sentiment de solidarité et de responsabilité sociale quant à la prophylaxie du crime.

Les anormaux devant la justice, par M. le Dr VAN DER HOEVEN (d'Utrecht).

Un système particulier concernant le traitement du *psychopathe* délinquant n'existe que grâce aux défauts et à l'inefficacité du système pénitentiaire concernant le criminel soi-disant *normal*. C'est le pavillon qui couvre la marchandise. La cause de cette inefficacité consiste en ce que le dogme suranné de la responsabilité pénale est toujours à la base de nos systèmes pénitentiaires. Tant que ce dogme n'aura pas été abandonné définitivement, il ne sera pas possible de réaliser d'une façon efficace un équilibre satisfaisant entre : d'un côté la résistance morale des individus, et de l'autre les exigences que la vie sociale leur impose. Le combat contre le crime ne devrait appartenir qu'au domaine de l'hygiène mentale sociale. Il n'existe aucune différence essentielle entre le traitement des criminels normaux et celui des criminels anormaux.

La protection sociale et l'assistance aux anormaux délinquants et criminels, par M. le Dr Louis VERVAECK (de Bruxelles).

Pour déterminer les mesures susceptibles d'assurer à la fois la protection sociale et l'assistance des anormaux délinquants, l'auteur a étudié les méthodes employées en Belgique dans ce but et les résultats obtenus dans les différentes catégories de délinquants anormaux : 1° les condamnés libérés après avoir subi une peine de prison ; 2° les récidivistes internés en vertu de la loi belge de défense sociale ; 3° les anormaux internés en vertu de cette loi. Il compare ensuite les mesures prises pour eux avec celles en usage lors de la libération des vagabonds et des malades mentaux, autorisés à quitter l'asile.

Il insiste sur un premier fait : la libération des anormaux criminels dépend tout autant des conditions favorables du milieu où ils seront appelés à vivre que de l'amélioration ou de la guérison de leurs tares mentales. Il faut aussi bien connaître leur individualité psychique et caractérielle. Enfin, avant de libérer un anormal, il faut avoir réuni dans un milieu qui lui soit sympathique des conditions d'existence régulière, paisible et sobre.

Principe essentiel : la libération d'un délinquant anormal ne pourra être autorisée qu'à titre d'essai et dans des conditions d'existence et de surveil-

lance qu'il devra strictement observer sous peine de réinternement. L'anormal sera soumis notamment à un contrôle psychiatrique et à une tutelle morale ; des rapports réguliers permettront de constater qu'ils sont effectivement réalisés.

COMMUNICATION

Le service des visites à domicile, organisme de prophylaxie et de défense sociale, par MM. les D^{rs} R. DUPOUY, A. BELEY et G. DAUMÉZON (de Paris).

Les auteurs montrent le fonctionnement de cet organisme rattaché à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Séances du vendredi 23 juillet 1937

PREMIÈRE SÉANCE

Présidences : M. le Professeur PACHECO E SILVA et M. le D^r GARAFULIC
(de Santiago-de-Chili)

Proposition d'une classification internationale des troubles mentaux,
(nomenclature), par Sir Hubert BOND (de Londres).

L'unification de la statistique psychiatrique internationale,
par M. le D^r BERSOT (du Landeron).

Après quelques brèves considérations historiques, l'auteur examine comment s'est développée la statistique des aliénés dans les divers pays. Il montre ensuite les avantages d'une bonne statistique internationale, et passe en revue les conditions qu'elle exige : statistiques nationales bien organisées, publiées annuellement et comprenant tous les établissements psychiatriques publics et privés. Ces statistiques doivent être établies selon un modèle uniforme et des règles précises. Elles doivent renseigner sur l'effectif des malades, les formes de maladies, le sexe, l'âge, les admissions et les sorties au cours de l'année, l'état du malade à la sortie, etc... L'auteur indique les règles à suivre pour que ces statistiques nationales soient comparables les unes aux autres. Il suggère que le collationnement de toutes ces données soit confié au Bureau international d'hygiène et à la bibliothèque de la S.D.N. à Genève, ainsi qu'à l'Institut international de statistique de La Haye, et qu'une Commission de deux ou trois psychiatres soit chargée d'en publier régulièrement les données les plus utiles.

**L'unification des statistiques générales dans les établissements
d'assistance psychiatrique, par M. le Dr DESRUELLES (de Saint-Ylie).**

En général, la statistique souffre de l'indifférence des uns et de l'ironie des autres au point que Mark Twain et Edouard Herriot ont pu dire qu'elle était la forme la plus grave du mensonge ; cependant, il ne faut pas oublier, comme l'a écrit Th. Ribot, que la statistique compare des faits et constate des uniformités, c'est-à-dire des lois. Parchappe, Lunier, Renaudin, et de nos jours Paul Sérieux et Toulouse ont attaché une grande importance aux statistiques des maladies mentales. Il y a près de vingt ans, M. Ambert Bond, a dit que la statistique a des lois qui, violées, donnent des erreurs ; Paul Sérieux considère, avec raison, qu'il ne faut pas critiquer les statistiques, mais la façon dont on les fait.

Pour une bonne statistique internationale il faut, en plus d'une *nomenclature* simple (non une classification), de bonnes statistiques nationales, car elle n'en serait que la somme. Or, certaines statistiques nationales peuvent être citées en exemple : le Canada, l'Espagne, la Hollande, l'Italie, l'Irlande du Nord, la Norvège, le Massachussets, la Pologne, la Suisse où sont utilisées des fiches individuelles centralisées et classées dans un service muni d'un matériel spécial. L'orateur cite en particulier le service de statistique d'Ancone, dirigé par le Dr Gustaw Modena, et la très récente organisation norvégienne des Drs Heitman et Ornult O. Degand.

Malgré l'échec des tentatives précédentes (Congrès International Statistique de Paris en 1855, Congrès International de Paris, 1867, Congrès phrénologique d'Anvers, 1885, Congrès International de Paris, 1889, Congrès de Berlin, 1910, etc.), le Dr Desruelles a l'impression optimiste qu'actuellement une entente est non seulement possible mais facile, parce que dans presque tous les Etats les statistiques sont mieux faites, les *nomenclatures* plus simples. Il remercie ses nombreux correspondants étrangers qui lui ont si aimablement fourni une abondante documentation, et en terminant il rend hommage à la mémoire de Lunier, qui avait en 1869 établi un projet de statistique internationale dont le projet français s'est largement inspiré lorsqu'il fut établi par l'association amicale des médecins aliénistes français, sous la direction du regretté inspecteur général, Julien Raynier.

COMMUNICATIONS

**La récréation, moyen thérapeutique chez les malades
pré-schizophréniques, par M. le Dr Gilbert J. RITCH (de Milwaukee).**

**Une classification internationale des troubles mentaux,
par M. le Dr Horatio M. POLLOCK (d'Albany).**

Vendredi 23 juillet 1937

DEUXIÈME SÉANCE

Séance de clôture du Congrès

Présidences : M. le Professeur Stephan BALAY (de Varsovie)
et M. le Dr Samuel RAMIREZ-MORENO (de Mexico)

Exposé des recherches scientifiques les plus urgentes en vue de la prophylaxie des troubles mentaux, par M. le Prof. Aug. WIMMER (de Copenhague).

Pour nos efforts en vue d'une prophylaxie mentale, la connaissance la plus approfondie des causes des anomalies psychiques est de toute première importance. L'hérédité malade et les facteurs exogènes doivent être évalués pour les psychoses différentes. L'évaluation de la fréquence des anomalies psychiques dans la population moyenne est d'un grand intérêt et doit être continuée. Comme la psychopathologie, la psychologie normale, et non moins celle de l'enfance, occupe actuellement une place importante dans le développement de l'hygiène mentale.

Exposé des moyens à recommander pour la propagande de l'hygiène mentale.

La propagande d'hygiène et de prophylaxie mentales peut et doit s'exercer :

1° D'une façon spéciale :

- a) dans les dispensaires sur les petits psychopathes, les prédisposés et leur entourage ;
- b) dans les collectivités restreintes où l'on peut faire du dépistage et de l'éducation.

2° D'une façon générale, par l'action :

- a) sur les masses ;
- b) sur les Pouvoirs publics.

COMMUNICATIONS

Quels sont nos critères de la norme ?
par M. le Dr R. de SAUSSURE (de Genève).

Les efforts faits dans les deux dernières années par la République Mexicaine pour les progrès de l'hygiène mentale, par M. le Dr Samuel RAMIREZ-MORENO (de Mexico).

✱

En fin de séance, un rapport sur les vœux a été présenté au Congrès par M. le Dr Génil-Perrin, Secrétaire général du Congrès.

Ont pris part à leur discussion : MM. Maïer, Adolph. Meyer, Plinio Olinto,

René Charpentier, de Craene, Sir Laurence Brock, MM. R. de Saussure, Fahreddin Kerim, Desruelles, José Belbey, Alexander, Sanders, Mme Tibout, MM. Repond, Dobrowski, etc.

Un vœu de M. le Professeur WIGERT (de Stockholm) demandant que des dispositions légales soient prises pour limiter la vente et restreindre l'usage des barbituriques a été adopté.

Les autres vœux présentés ont été adressés pour étude au Comité International d'Hygiène Mentale.

M. LECONTE.

Premier Congrès International de Psychiatrie Infantile

Paris, 29 Juillet-1^{er} Août 1937

Présidents : M. le Professeur **HENRI CLAUDE**, Président d'honneur français,

M. le D^r Georges **HEUYER**, Président du Comité d'organisation.

Le premier Congrès International de Psychiatrie infantile s'est tenu à Paris, à la Maison de la Chimie. Organisé par M. le Docteur Heuyer, Président du Comité d'Organisation, M. le D^r Brissot, Vice-Président, M. le D^r Michaux, Secrétaire général, et M. le D^r Grinbert, Trésorier, il a tenu sa séance inaugurale sous la présidence de M. le D^r Leclainche, représentant M. le Ministre de la Santé Publique, le samedi 24 juillet.

SÉANCE INAUGURALE

On remarquait, au Bureau de la séance, Mme Brunschwig, Mme Suzanne Lacore, S.F. Affez Afifi Pacha, Ambassadeur d'Egypte à Londres, M. le P^r Bouman, M. le D^r René Charpentier, M. le Professeur Henri Claude, MM. les Docteurs Grimbert, Heuyer, M. le Professeur Marinesco, MM. les Docteurs Michaux, Pichon, MM. les Professeurs Roussy, Ruggles, Rüdin, M. le Docteur Babonneix, M. Bafos, Président du tribunal des mineurs.

Après les discours de M. le D^r Leclainche, représentant M. le Ministre de la Santé publique, de M. le D^r Heuyer, Président du Comité d'Organisation, de M. le Professeur Rüdin (Allemagne), au nom des 25 nations officiellement représentées, de Mmes S. Lacore et Brunschwig, M. le Professeur Wallon donna lecture de son rapport introductif.

RAPPORT INTRODUCTIF DE M. LE PROFESSEUR WALLON (France)

Les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile.

Entre la psychiatrie infantile et celle de l'adulte existent des différences : absence chez l'enfant du matériel mental acquis par l'adulte et qui joue un rôle de premier plan dans les psychoses : d'autre part, importance chez l'enfant du moment où se fait sentir la cause du trouble mental (facteur chronogène). L'enfant apporte en naissant un facteur héréditaire. Les auteurs modernes n'admettent plus l'immutabilité du génie, support d'un caractère immuable. Chaque caractère est influencé par tous les gens et modifiable dans une certaine mesure par le milieu. Le rôle morphogène et psychogène des glandes endocrines est mieux connu. Leur insuffisance peut avoir sur l'enfant une influence physiologique et psychique. Dans le comportement de l'enfant se succèdent, dès avant sa naissance, des réactions motrices dont la structure se transforme d'âge en âge ; transformations liées à l'intégration progressive des réactions primitives au système d'activité de plus en plus complexe. Le moindre retard, anomalie, insuffisance de cette intégration, entraîne une déviation par rapport au type normal. A chaque cas répond un syndrome particulier. Dans l'évolution générale de l'enfant on peut reconnaître un double processus de sens contraire : d'une part, extériorisation progressive des thèmes sollicitant son activité (qui tend à devenir extéro-affective) ; d'autre part, intériorisation des motifs et des commandes (qui de sensorielles peuvent devenir intellectuelles).

Séances du lundi 26 juillet 1937

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Présidence : MM. les Professeurs SCHROEDER, HAMBURGER, WEYGANDT, RUGGLES

Secrétaire des séances : Mlle le Dr BADONNEL

I. RAPPORTS

Objet des Rapports : Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile.

RAPPORT DE M. LE Dr J. DUBLINEAU (France)

1) Technique (méthode motrice volontaire ou réactions électriques de défense), utilisée chez des garçons de 10 à 16 ans, de niveau mental variable, avec ou sans troubles du caractère. Cette étude renseigne imparfaitement sur

l'intelligence et le caractère, mais permet de reconnaître le degré d'excitabilité.

2) Les résultats sont modifiés par les interactions excito-inhibitrices. La prédominance de l'excitation ou de l'inhibition, gêne souvent la recherche. L'excitation compensatrice s'observe plutôt chez des sujets turbulents. Il existe des rythmes de réflectivité, avec aréflexies conditionnelles transitoires, rythmes coïncidant avec les rythmes de turbulence, ou relevant de complexes psychologiques.

3) Le redressement des tendances par la réflexothérapie conditionnelle paraît possible. La proposition de formules lumineuses impératives ou suggestives à titre d'excitant conditionnel n'entraîne de modification du trouble en cause que s'il est récent. Les troubles constitutionnels (impulsivité, turbulence) sont plus difficiles à atteindre. Dans ces cas, l'Internat Médico-Pédagogique offre les cadres nécessaires à l'élaboration des nouveaux réflexes sociaux, base de la rééducation. L'adjonction de techniques physiologiques permettrait de le transformer en un Institut de Réflexothérapie, où serait pratiquée une réflexothérapie collective. Celle-ci est déjà possible chez l'enfant normal. Les principes pawloviens du premier âge rejoignent les données de la pédo-psychanalyse. Les réflexes moraux et sociaux se mouleront par la suite naturellement sur les réflexes de la vie de nutrition correctement élaborés.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR GEMELLI (Italie)

L'auteur envisage l'étude des réflexes conditionnés dans leurs rapports avec la psychiatrie infantile. Cette technique, pour intéressante qu'elle soit, est inadéquate à l'ensemble complexe des faits. Le rapporteur a recherché par ses expériences si cette méthode peut avoir une application en psychiatrie infantile. Il a fait des recherches sur les animaux qui ont une analogie de comportement avec l'enfant. La conduite de l'animal ne peut se réduire au schéma simple d'une série de réflexes conditionnés. Elle est due à l'adaptation au jeu de deux forces opposées : stimulant de la satisfaction de l'instinct et action du milieu où l'animal vit. Chez l'enfant, l'auteur étudie, d'une part des enfants de 2 à 3 ans (stimulant absolu préférable au stimulant électrique) : l'enfant élimine progressivement, avec l'âge, les mouvements inutiles ; d'autre part, des enfants de 7 à 8 ans. Chaque enfant a une conduite individuelle ; la forme de réaction reste constante.

Les données qu'on peut étudier par ces méthodes sont : la capacité coordinatrice des mouvements, et procédés d'adaptation motrice ; la capacité d'observation ; le développement intellectuel ; l'émotivité ; le mode de réaction ; la capacité de fixer les souvenirs.

Chez l'enfant, le parallélisme avec l'animal est net, surtout au début de la vie, mais chez l'enfant on constate l'apparition de plus en plus évidente de l'intelligence, des différences individuelles dans les réactions, une conduite parfois différente de ce que le stimulant extérieur provoque habituellement.

RAPPORT DE M. LE DR GESELL (U.S.A.)

Les résultats de l'étude des réflexes conditionnels sont d'intérêt surtout théorique, car l'organisme humain, très complexe, s'oppose aux simplifications analytiques : l'application clinique n'est et ne sera encore longtemps qu'un but. Les résultats observés chez l'animal ne doivent peut-être pas

être appliqués à l'enfant : en particulier, les réflexes conditionnels sont d'autant plus difficiles à produire chez l'enfant qu'il est plus jeune. Peut-être même à cette phase de développement sensoriel et moteur ces stimulants sont-ils néfastes, et peuvent-ils donner lieu à un comportement anormal, bien loin d'avoir une valeur thérapeutique. Heureusement, l'enfant est protégé par son développement biologique incomplet et ses réactions.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR IBRAHIM (Allemagne)

L'auteur parle des réflexes pathologiques. Il s'agit dans ces cas du développement de *symptômes pathologiques*, qui sont produits par des stimulants normaux se trouvant dans le milieu quotidien, mais qui peuvent être produits arbitrairement. On peut y compter le tic coqueluchoïde de Lesage et Colin, où il s'agit moins d'un tic que d'un réflexe moteur. Il en est de même pour les spasmes émotifs respiratoires des enfants très jeunes, — pour le blépharospasme après une conjonctivite, pour la pollakiurie après une cystite, etc... En principe, il s'agit donc, dans tous ces cas, de la fixation névropathique de symptômes. L'auteur discute encore brièvement les objections que les critiques lui ont faites et insiste sur l'importance de la doctrine des réflexes conditionnels.

RAPPORT DE M. LE D^r ISCHLONDSKY (France)

Les déviations de l'activité fonctionnelle, de l'activité neuro-psychique de l'enfant se réduisent à la destruction de l'équilibre entre les deux processus fondamentaux du système nerveux : excitation et inhibition. Cinq mécanismes peuvent rompre cet équilibre :

1) La connection réflexe conditionnelle indirecte effectuée soit par irradiation, soit par induction (une forte irritation du centre douleur peut par exemple irradier vers le centre sexuel, d'où source de masochisme) ; 2) Tension excessive des deux processus nerveux qui se heurtent l'un contre l'autre au cours d'une tâche trop difficile de différenciation réflexe conditionnelle. Aussi faut-il que la progressivité en même temps que la persévérance, soit à la base du développement du processus inhibiteur, fragile et labile chez l'enfant ; 3) Troubles du rythme de l'activité physiologique, qui représente un réflexe conditionnel temporal. L'arythmie corticale détruit l'équilibre entre les processus fondamentaux du système nerveux ; 4) L'effet exercé sur le cortex par les mouvements doit être rapproché de l'influence du rythme. La précision des mouvements détermine la précision des réactions neuro-psychiques ; 5) Influence des symboles du langage, excitateurs conditionnels. Aussi faut-il ici encore un développement progressif. L'éducation bilingue primaire est en contradiction avec les données de la physiologie corticale.

RAPPORT DE MM. LE PROFESSEUR JONESCO-SISESTI, LE D^r KREINDLER ET LE D^r MARINESCO (Roumanie)

1) La méthode des réflexes conditionnels permet d'étudier la dynamique corticale de l'enfant ayant des anomalies mentales. On analyse et on peut mettre en évidence des troubles de l'inhibition, d'irradiation, de concentration (d'une excitation ou d'une inhibition).

2) Il existe des variations d'un cas à l'autre ; importantes dans la débilité mentale, elles sont plus grandes encore dans les névroses infantiles.

3) Les résultats sont fonction de plusieurs facteurs : excitants, enfant (variations physiologiques, type de système nerveux).

4) La méthode des réflexes conditionnels chez l'enfant ayant des anomalies mentales ne peut pas toujours rendre compte des signes cliniques. Elle permet cependant l'exploration de la physiologie de l'écorce cérébrale de l'anormal.

5) Certains troubles névrotiques de l'enfant paraissent dus à une fixation pathologique d'un réflexe conditionnel (la maladie, le mot peuvent jouer le rôle d'excitant conditionnel).

6) Le processus de « conditionnement » est très complexe. C'est l'expression de l'action des excitants sur le système nerveux ; et d'autre part, des caractéristiques constitutionnelles de l'organisme tout entier.

RAPPORT DE M. LE D^r H. DE JONG (Hollande)

La valeur des réflexes conditionnels de Pawlow en psychiatrie infantile est déterminée par la relation entre ces mécanismes d'ordre inférieur et des processus psychiques supérieurs. Dans une série de travaux, l'auteur a exécuté des expériences de psychologie expérimentale et comparée sur l'intelligence des animaux, des nourrissons, des enfants normaux, ainsi que dans l'idiotie et dans certains états démentiels. Il a montré que les animaux sub-anthropoïdes, malgré les actes très compliqués qu'ils peuvent exécuter, sont dans l'impossibilité de réagir d'une façon adéquate à une situation nouvelle, même lorsque la variation est minime. Par contre, l'adulte normal, l'enfant au-dessus d'un an et demi et même certains cas d'états démentiels ont montré dans ces épreuves des réactions bien adaptées et qui ont été considérées comme la manifestation d'un « néo-intellect ». Le rapporteur a encore pu observer une soixantaine d'imbéciles et d'idiots. Il a constaté chez 7 d'entre eux l'absence d'un pouvoir de compréhension. Ce groupe d'idiots le plus bas, qui ne peut être atteint par le langage et qui n'a pas encore été étudié au point de vue psychologique, se trouve donc par sa conduite vis-à-vis du monde extérieur, non pas en opposition quantitative graduelle, mais en opposition qualitative essentielle avec les hommes normaux.

RAPPORT DE M. LE D^r MEIGNANT (France)

Il est difficile de créer des réflexes conditionnels chez l'oligophrène ; il y a généralisation considérable des réflexes conditionnels ainsi obtenus, retard des processus de différenciation, stabilité extrêmement variable des réflexes conditionnels positifs obtenus, importance des processus d'inhibition. Mais ces conditions expérimentales ne sont pas exactement les conditions ordinaires où interviennent des systèmes « dominants » encéphaliques. Ceci est conforme aux vues de Marinesco.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR PEIER (Allemagne)

La pédiatrie allemande s'est occupée des problèmes du réflexe conditionnel. La capacité de distinguer les couleurs a été examinée à l'aide de cette méthode. *Dès le premier mois de la vie, des réflexes conditionnels peuvent être*

formés. La doctrine de Pavlow explique le développement de la mimique, les premiers succès de l'éducation, l'acquisition des premiers tours d'adresse et des premiers mots. Les premières inhibitions sont imposées à l'enfant comme des réflexes conditionnels. Beaucoup de réflexes conditionnels, dont la formation est passée inaperçue et qui n'ont pas été cherchés par l'entourage, ne deviennent visibles qu'au moment où les stimulants conditionnels manquent. L'état du système nerveux se montre par la rapidité ou la lenteur avec lesquelles se laissent former ou inhiber les réflexes conditionnels. Ces réflexes jouent un rôle dans certaines maladies. Les conceptions de Pavlow nous donnent les moyens de rendre compréhensibles les fonctions cérébrales inférieures chez le nourrisson.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR CARLO DE SANCTIS (Italie)

L'auteur expose le point de vue de l'Ecole Italienne sur la théorie des réflexes conditionnels en psychologie générale. Il met en évidence l'apport des Russes concernant l'étude des lois d'acquisition et du développement psychique dans la première et même dans la deuxième enfance. Le mécanisme des réflexes conditionnels est important en pathologie nerveuse infantile. Les névroses, et peut-être certaines psychoses, seront mieux comprises si l'on tient compte de la formation et de la fixation des associations morbides selon le mécanisme des réflexes conditionnels. Les neuropathes sont des hyperémotifs constitutionnels et aussi des « hypo-évolus » dans le sens d'un retard subi dans la formation de la hiérarchie fonctionnelle nerveuse. Ils constituent comme tels des sujets chez lesquels on peut observer un comportement spécial, nécessité par un automatisme plus ou moins partiel. La connaissance du comportement des réflexes conditionnels est fondamentale et également nécessaire pour la prophylaxie des névroses. L'auteur rend compte des recherches actuellement poursuivies à la Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales de l'Université de Rome.

RAPPORT DE M. LE D^r WINTSCH (Suisse)

L'auteur étudie les troubles du comportement par inhibition. Il rappelle les lois que suivent les réflexes conditionnels : on a des réactions sûres, régulières, égales, quand l'incitant est répété avec régularité et d'une valeur constante ; on a inhibition si l'excitation est trop violente, trop répétée en peu de temps, trop douce ou très variable, multiple. Certaines inhibitions sont de choix (dressage) ou de mauvais aloi (enfant qu'on soustrait trop aux risques, donc aux incitants, et, au contraire, enfant qu'on humilie constamment). En résumé, il est déjà possible d'établir une liaison entre Freud et Pavlow et de poser les fondements d'une physiologie de l'affectivité.

Discussion. — Une critique générale des différents rapports a été faite par M. le Professeur Hamburger (Autriche).

II. COMMUNICATIONS

Tests diagnostiques dans le domaine du normal et du pathologique, par M^{me} le professeur Ch. BUHLER (Autriche).

L'auteur présente des tests définissant : 1° le niveau de développement ; 2° la personnalité entière de l'enfant. Ces tests donnent la possibilité d'apprécier le comportement d'un enfant précoce, retardé ou anormal. Le résul-

tat général peut être résumé quantitativement en quotient de développement et le niveau de développement peut être représenté par un profil.

La schizophrénie chez les enfants,
par le Dr J. Louise DESPERT (de New-York).

Cette affection n'est pas aussi rare qu'on le croit communément. L'anamnèse de quelques-uns des sujets dits arriérés mentaux le montrerait. Seulement, certains conservent la possibilité de rester dans leur milieu et ne sont tardivement vus par le médecin qu'à l'état de pseudo-imbéciles ou de pseudo-idiotis alors qu'en réalité ils sont des schizophrènes authentiques parvenus au stade de démence.

Les relations cycliques entre les troubles psychonévrotiques des parents et des enfants dans les générations successives. Etude de pseudo-hérédité, par M. le Dr A. W. HACKFIELD MD. (Washington, U. S. A.).

Sur les observations recueillies, l'auteur base les théories suivantes : A. Des parents névropathiques ont tendance à produire des symptômes névropathiques pendant l'enfance. B. Des symptômes névropathiques pendant l'enfance ont tendance à créer une prédisposition au développement de troubles névropathiques et constitutionnels chez le même individu pendant l'âge adulte.

Les recherches de l'auteur montrent un chemin pour une prophylaxie des névroses.

Changement de personnalité après la chorée mineure,
par M. le Dr Sphephan KRAUSS MD. (Palestine).

Sur l'Enurésie chez l'enfant, par M. le Dr M. REISS (Leyde).

L'auteur insiste sur le rôle des facteurs psychiques chez une certaine catégorie d'énurétiques. C'est pourquoi le traitement de l'énurésie doit tenir compte de toute la personnalité de l'enfant. Il doit surtout être précoce pour éviter que les réactions psychiques que produit l'énurésie ne s'exercent pas d'une façon décisive dans le comportement de l'enfant.

Le réflexe moteur du genou en psychiatrie infantile,
par MM. les Drs RIZZO et CACCHIONE (Italie).

Quelques nouveaux modes de traitement des névroses infantiles,
par M. le Dr SCHNEERSOHN (Palestine).

Encéphalite post-vaccin antiscarlatineux,
par M. le professeur MAZHAR-OSMAN-USMRN (Istanbul).

L'enfant d'une paralytique générale,
par M. le professeur MAZHAR-OSMAN-USMAN et IHSAN SCHÜHRÜ-AKSEL (Istanbul).

Nouvelle contribution au problème de l'énurésie,
par M. le Dr E. WEIGL (Roumanie).

L'auteur rapporte les résultats d'études sur des enfants présentant de l'énurésie et sur des enfants ne présentant pas cette anomalie. Il propose la création d'une Commission spéciale de ce problème.

Correspondance entre les types de conduite et les réponses
aux questions d'intelligence, par M^{lle} ABRAMSON (France).

Si l'on prend soin de noter les nuances individuelles des réponses, sans se contenter simplement des signes + ou —, les réponses sont révélatrices du comportement et de la conduite générale de l'enfant. Elles permettent de distinguer les comportements des instables, paranoïaques, émotifs, épileptiques ou mythomaniques.

Tests moteurs d'orientation professionnelle en psychiatrie infantile,
par M. le Dr BAILLE (de Paris).

L'auteur présente les tests moteurs d'orientation professionnelle en usage dans le service du Dr Heuyer, au Patronage de l'Enfance. Il montre la constitution du « profil moteur » obtenu avec ces tests et étudie les différents types rencontrés et leur signification au point de vue de l'orientation professionnelle.

Neuro-psychiatrie infantile et neuro-psychologie,
par le M. Dr Gilbert ROBIN (France).

A côté de la neuro-psychiatrie infantile, plus spécialement attachée aux arriérés, aux pervers et aux troubles constitutionnels graves du caractère, s'impose l'étude et le traitement des derniers de la classe, des enfants difficiles, des paresseux, des distraits, etc... La neuro-psychologie qui s'appuie dans ses méthodes thérapeutiques sur la neurologie, l'endocrinologie et la psychothérapie permet de grouper les retardés scolaires en trois groupes principaux : a) les neuro-endocriniens purs ; b) les vago-sympathico-endocriniens ; c) les psycho-endocriniens. Cette branche nouvelle de la médecine permet les plus heureuses interventions thérapeutiques sur les enfants qu'on appelle « mauvais élèves ».

Recherches sur le bégaiement, par MM les Drs HEUYER et KOPP (France).

D'après les recherches que les auteurs ont faites à la Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile (Service du Dr Heuyer), ils ont constaté que divers troubles de la parole ont à leur base un retard de développement du système moteur ou une insuffisance motrice acquise au cours du développement. Chez tous les bégues auxquels les auteurs ont fait subir un examen neurologique, complété par l'examen moteur au moyen de l'échelle métrique d'Ozeretzky, ils ont trouvé une déficience du système moteur extrapyramidal.

Ils ont également constaté que le type clinique d'un bégue est défini par la prédominance des symptômes du système moteur touché. Les « cloniques » et les « toniques » se présentent comme deux types psycho-physi-

ques de malades. Ils ont constaté chez leurs malades, comme certains auteurs, des phases « cloniques » et « toniques » se succédant dans l'évolution même du bégaiement (Fröschels). Les types purs de cloniques ou toniques sont extrêmement rares, ils ont surtout rencontré le type mixte.

Quelques troubles de l'intelligence et du caractère chez les gauchers,
par M^{lle} V. KOVARSKY (France).

La gaucherie n'est pas un phénomène acquis, mais congénital. Il est connu que chez les gauchers, à l'inverse des droitiers, l'hémisphère droit du cerveau est plus développé que l'hémisphère gauche et que c'est cet hémisphère droit qui fonctionne chez eux presque exclusivement pour les usages ordinaires de la vie, pour les mouvements les plus spontanés, pour le langage, etc... On s'efforce d'ordinaire de corriger ce prétendu défaut en obligeant les gauchers à se servir de leur main droite. On n'arrive pas à les bien corriger et, naturellement, pas à changer l'état de leur cerveau. Mais il résulte de cette contrainte des perturbations biologiques, intellectuelles et caractérielles, une maladresse générale, des troubles du langage, etc... On peut atténuer et même faire disparaître tous ces troubles divers en laissant les gauchers agir suivant leurs tendances naturelles à se servir de la main gauche. Il est urgent d'éclairer le public sur ce point.

Séances du mardi 27 juillet 1937

PSYCHIATRIE SCOLAIRE

Présidence : Miss Ruth DARWIN, MM. les Professeurs LEY (Belgique),
REPOND, WIGERT (Suède)

Secrétaire des séances : Mme le D^r Bernard PICHON

I. RAPPORTS

Objet des Rapports : Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant.

RAPPORT DE M. LE D^r JOSEPH A. FRIEDJUNG (Autriche)

L'auteur montre que ce sont des raisons sociales qui ont accru les difficultés rencontrées dans l'éducation. L'éducation est une partie importante de l'hygiène. Les enfants modifiés par une éducation défectueuse sont l'objet de consultations d'éducation qui nécessitent des aptitudes et préparations spéciales. La mauvaise éducation a souvent pour source des excès

d'indulgence ou de sévérité. On peut, soit agir sur l'enfant, ce qui est le plus souvent réalisé, soit l'écarter de l'atmosphère familiale, ce que réalise, de façon transitoire, le « Kinderbort », le « Tagesheim ». Divers modes d'isolement complet peuvent être tentés. En cas de séparation définitive, l'enfant guéri doit entrer dans une famille psychologiquement saine.

RAPPORT DE M. LE D^r RABOVSKY-REVESZ (Hongrie)

L'auteur traite successivement : des institutions d'origine hongroise, de l'éducation des oligophrènes et de celle des enfants de caractère anormal.

Rendant hommage au Professeur Rauschburg, qui fonda le Laboratoire Médico-Pédagogique-Psychologique, il en montre les caractères ainsi que ceux du Laboratoire de Pathologie Médico-Pédagogique et de l'Ecole Supérieure Médico-Pédagogique. En Hongrie existent 12.000 oligophrènes. Parmi eux 60 à 70 0/0 sont plus tard aptes à la vie, à l'agriculture, surtout par suite des principes didactiques appliqués. En ce qui concerne l'éducation des enfants de caractère anormal, l'auteur montre les traits essentiels des méthodes de l'« Ecole nouvelle », de la psychologie individuelle selon Adler ; il trace le fonctionnement du tribunal des enfants et signale les résultats favorables de son activité, au Sanatorium pédagogique d'enfants.

RAPPORT DE MME LE D^r JADOT-DECROLY (Belgique)

L'auteur définit le but et les différents aspects de l'éducation : sensorielle, affective, motrice et intellectuelle, ainsi que les principes de l'éducation intellectuelle des débiles mentaux. Le traitement éducatif doit être précoce ; il convient d'individualiser l'enseignement, de laisser agir l'enfant le plus souvent possible, d'utiliser ses intérêts, les faire naître, les découvrir, s'en servir dans l'enseignement spécial (importance des jeux éducatifs, de mettre l'enfant en contact avec la réalité totale et d'enseigner au ralenti. Il faut, en outre : éviter un enseignement trop verbal, amener l'enfant à établir des rapports entre ce qu'il observe et ce qu'il ne peut observer, enseigner les techniques en tenant compte de leur but dans la vie et en les associant aux exercices d'observations ; développer l'activité pratique et de dessin comme expression des idées formées avec la réalité.

RAPPORT DE M. LE D^r EMMANUEL MILLER (Angleterre)

Les méthodes éducatives anciennes tenaient compte des anomalies de caractère et des réactions nerveuses de l'enfant, sur lesquelles pourraient agir des professeurs ayant une compréhension de la psychologie pathologique de l'enfance. Il faut distinguer deux types d'enfants : l'un, mobile, impulsif ; l'autre atone, chacun nécessitant un traitement psychothérapique spécial. On pourrait y atteindre par les moyens suivants : maîtres compréhensifs et sympathisants, étude de l'entourage familial, changement de milieu, prophylaxie des enfants difficiles à l'âge pré-scolaire par la fondation d'écoles maternelles.

RAPPORT DE M. LE D^r OMBREDANE (France)

Les études récentes montrent que la cécité verbale congénitale ou dyslexie d'évolution ne dépend ni d'une arriération intellectuelle, ni d'un trouble des

fonctions visuelles et auditives, mais qu'il faut attacher de l'importance à l'allongement du temps des processus de lecture. La preuve qu'une anomalie sensorielle ne peut être invoquée est que la difficulté reste la même si on épelle les mots à l'enfant, même s'il les répète correctement. La méthode analytique dans l'éducation de ces enfants paraît prendre plus de faveur que la méthode globale.

RAPPORT DE M. LE D^r FREDERICK L. PATRY (U.S.A.)

L'auteur fait une tentative d'adaptation des méthodes et connaissances théoriques aux exigences et aux possibilités de l'organisation des écoles d'Etats. Après une discussion des buts de la méthode, du matériel infantile, on s'occupe des principes généraux à la base des méthodes. D'une importance capitale est l'attitude de l'instructeur envers la compréhension, l'éducation et la reconstruction de toutes sortes de développements et de déviations infantiles de degrés variables. L'éducation de l'enfant doit être envisagée comme un tout. L'auteur expose des méthodes de traitement pour des enfants mal adaptés, puis des méthodes collectives pour enfants moyennement doués.

RAPPORT DE M. ARTHUR H. RUGGLES M.D. (U.S.A.)

L'école est trop souvent présentée par les parents, sans optimisme, comme une discipline désagréable. Il faut stimuler l'intérêt de l'enfant, le féliciter pour tout succès, obtenir la discipline mentale pour tous les sujets, biologiques comme mathématiques. Les maîtres devraient, autant que de la vie intellectuelle, avoir connaissance de la vie affective de l'enfant ; et même des principes de la santé mentale. Chaque anormal timide ou pré-schizophrénique, nécessite une direction spéciale. Trop d'enfants américains ont des signes de désordre mental, et les délinquants sont fréquents entre 16 et 20 ans. Il existe un rapport entre les comportements des élèves et du maître.

RAPPORT DE M. LE D^r AHMED SHAHINE (Egypte)

Le dépistage des enfants présentant des anomalies de constitution, de développement, des troubles du caractère doit être fait en milieu scolaire. Une fiche médico-psychologique devrait être établie par le médecin scolaire. Une collaboration étroite avec le pédagogue est nécessaire, certains troubles ne pouvant être toujours mis en lumière par un simple examen. Il est souvent nécessaire, pour les confirmer, de mettre l'enfant en observation dans un service spécial.

Il serait nécessaire d'avoir : pour les simples retardés, des classes de perfectionnement où on les stimulerait. Pour les faibles, des classes à programme réduit, pour les arriérés éducatifs des internats où l'on fasse la part d'un enseignement manuel. Pour les instables, des internats où les travaux de plein air seraient combinés à l'étude. Toutes ces maisons nécessiteraient des maîtres préparés à cet enseignement spécial.

RAPPORT DE M. LE D^r SCHROEDER (Allemagne)

La débilité intellectuelle, les troubles du caractère ne dérivent pas (sauf quelques exceptions) des psychoses de l'adulte. Il n'est pas besoin de faire partie du cadre médical pour les comprendre. L'éducation des débiles men-

taux est surtout la tâche du pédagogue, mais cette tâche ne possède aucune méthode qui puisse s'enseigner. Les premiers travaux ont été effectués par des médecins : pour obtenir des résultats il faut : des connaissances caractérologiques et des établissements correspondant à chaque type d'enfant.

Le psychiatre reste, actuellement, le conseiller indispensable.

RAPPORT DE M. LE D^r TRAMER (Suisse)

L'auteur étudie les principes généraux des méthodes d'éducation, surtout dans leur application aux enfants anormaux.

L'insuffisance de l'enfant à l'école n'est que l'indicateur psychique de causes physiques ou fonctionnelles, nombreuses (18). L'insuffisance peut être d'ordre intellectuel ou émotionnel et caractérologique. Les dysharmonies du développement jouent un très grand rôle ; il faut étudier le facteur personnel familial, extra-familial, faire un examen établissant l'âge sexuel, le niveau moteur, intellectuel, du caractère ; les méthodes doivent s'adapter aux particularités psychiques et à leur niveau. Le psychiatre doit jouer un rôle important dans l'éducation de l'enfant débile en présence de troubles du caractère.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR BENIGNO DI TULLIO (Italie)

Il est presque impossible d'avoir l'expérience de tous les types de mineurs anormaux, aussi chacun doit-il traiter de la partie de l'éducation de ces enfants dont il a l'expérience. L'auteur envisage les mineurs présentant des tendances antisociales et criminelles. Ils peuvent se classer en deux grands groupes comprenant : les *occasionnels* (mineurs en abandon moral ou mineurs dévoyés) ; les *constitutionnels* (mineurs anormaux psychiques avec dispositions criminelles et mineurs prédisposés, de constitution à la criminalité). L'éducation de ces sujets doit commencer par un traitement physique, médical, étant donnée la fréquence des faiblesses constitutionnelles, intoxication, etc. Ensuite, seulement, on complètera par la méthode pédagogique.

RAPPORT DE MME LE D^r CLAIRE VOGT-POPP (France)

L'arriéré éduicable est toujours un débile moteur (soit par séquelles d'encéphalopathie infantile, soit, le plus souvent, syndrome de débilité motrice de Dupré). Cette débilité motrice, mesurable par les tests d'Ozeretzky, a une grande importance, car si à l'âge scolaire c'est la débilité intellectuelle qui gêne le plus, plus tard c'est la débilité motrice qui empêche l'apprentissage d'un métier. L'enfant arriéré éduicable ne peut y parvenir que s'il reçoit très tôt une éducation motrice spéciale. La base de cette rééducation motrice est la gymnastique rythmique ; la musique crée de véritables réflexes auditivo-moteurs. On suit la rééducation à l'aide des tests moteurs d'Ozeretzky. On développera particulièrement l'habileté manuelle. En général, l'arriéré doit être orienté vers un métier non spécialisé.

RAPPORT DE M. LE D^r MALE (France)

La rééducation du caractère paraît reposer sur une connaissance précise du terrain biologique, de la constitution psychologique, des événements de

la vie affective et des réactions mêmes de l'enfant. Elle se plie mal aux méthodes collectives et conserve un sens individuel. Le point capital paraît l'établissement d'un triage et d'un pronostic soigneux qui tient compte non seulement des troubles présentés par l'enfant, mais de la part constitutionnelle ou acquise qu'ils semblent inégalement associer. Il s'agit de savoir s'il y a une plasticité et un fonds affectif suffisants pour tenter un effort. Il faut sans cesse distinguer, en présence d'un défaut ou d'un vice, s'il est une attitude ou s'il est au contraire une disposition foncière. Rien ne remplacera, pour fixer ce bilan, une expérience de l'enfant, faite au delà des faits précis, des contacts intuitifs avec sa vie affective. Les méthodes de rééducation varieront selon que l'on se trouve en présence de troubles élémentaires, de troubles primaires des instincts ou, au contraire, de troubles constitués du caractère ou de perversions. Dans le premier cas, la rééducation n'est guère que le dressage ; elle s'accompagne des traitements médicaux, des rééducations motrice et intellectuelle. Dans le deuxième cas, la psychothérapie individuelle inspirée des notions analytiques, la séparation d'avec le milieu, le placement dans un institut de rééducation où sont appliquées des méthodes collectives, seront indiqués selon les cas. Enfin, le problème des pervers pose celui de la délinquance infantile et des maisons de rééducation surveillée que l'auteur a essayé d'ébaucher.

RAPPORT DE M. LE D^r A. VAN WOORTHUYSEN (Hollande)

On tend en Hollande à laisser les faibles d'esprit dans leurs familles, en leur donnant un enseignement dans des écoles presque toutes indépendantes (écoles extraordinaires), avec sections distinctes pour arriérés et imbéciles. L'admission n'est faite qu'après examen médico-pédagogique. Plutôt que de faire acquérir autant de connaissances que possible, on vise à la formation du caractère, aux travaux pratiques (classes ménagères par exemple pour les filles) qui font comprendre à l'enfant qu'ils font partie d'une communauté où ils ont leur tâche. On veille encore au bien-être physique des enfants ; les leçons de gymnastique sont journalières. Pour les élèves âgés et anciens élèves, on a établi, en particulier, des ateliers de travail, évitant l'internement en hospice.

Discussion. — M. le Professeur Hamburger et Mlle le D^r Hilda Krampfeitschek ont pris part à la discussion des rapports.

II. — COMMUNICATIONS

L'assistance familiale aux enfants anormaux à Gheel, par M^{me} le D^r E. R. JACOBI (Belgique)

Les mineurs sont placés chez l'habitant, ou nourricier, comme les adultes. Chaque enfant doit avoir sa chambre. On n'en confie jamais plus de deux à un même nourricier. Selon les aptitudes et les nécessités scolaires les enfants sont placés, les uns chez des artisans, les autres aux travaux des champs, d'autres à l'école d'enseignement spécial.

En 12 ans, sur 462 enfants, 198 ont cessé d'être à la charge de leurs familles et des pouvoirs publics. Les possibilités d'adaptation des enfants sont ainsi sondés d'une manière pratique et dans un milieu non artificiel.

La démutisation des enfants déficients,
par M^{me} le D^r Henriette HOFFER, médecin pédagogue.

Cette question d'ordre médico-pédagogique concerne un grand pourcentage de déficients. A l'éducateur revient la partie technique de la démutisation, très délicate. Etant données sa complexité et sa difficulté, on ne saurait commencer trop tôt. Un enfant déficient, muet à 3 ans 1/2-4 ans doit être confié à un éducateur sous la surveillance de son médecin.

Succès et insuccès dans le traitement des enfants difficilement éducatibles,
par M. le D^r WEIGL (Roumanie).

Le patronage médico-pédagogique moyen d'observation de l'enfance difficile, par MM. les D^{rs} MINKOWSKI et POLNOW (France).

Description de l'organisation d'un patronage pour enfants difficiles d'âge scolaire, fonctionnant une à deux fois par semaine, en dehors des heures de classe. Examen des services que peuvent rendre des patronages de cet ordre qui devront se placer entre la consultation et les services cliniques ou les foyers, pour l'observation, et, le cas échéant, pour la rééducation.

Quelques considérations sur les causes et les premières manifestations de la débilité mentale, par M. Erich STERN (Paris).

Les causes les plus fréquentes étant l'alcoolisme et la syphilis, l'auteur après des considérations prophylactiques, eugéniques et thérapeutiques insiste sur le rôle du facteur social et la nécessité de combattre en premier lieu la syphilis et l'alcoolisme.

L'importance du dessin pour l'étude psychanalytique de l'enfant,
par M^{me} le D^r MORGENSTERN (France).

Le dessin sert à l'enfant névrosé, à l'enfant en difficulté, non seulement comme jeu, mais aussi comme moyen pour exprimer sa peine morale. Etant régi par l'inconscient, il permet à l'enfant d'extérioriser, sans s'en apercevoir, toute sa haine contre ses persécuteurs plutôt imaginaires que réels, par les symboles les plus audacieux, par les situations les plus significatives. Grâce au dessin, l'enfant arrive plus facilement à comprendre l'origine de ses troubles et à s'en débarrasser.

Valeur de l'asymétrie faciale dans l'appréciation du caractère,
par M. le D^r PRÉAUT (France).

Un artifice photographique permet de reconstituer un visage entier avec l'une ou l'autre moitié de la face. Les expressions du visage droit et du visage gauche diffèrent sensiblement. L'auteur livre des documents photographiques en corrélation avec des examens moteurs et psychologiques détaillés, à l'interprétation des chercheurs.

Séances du mercredi 28 juillet 1937

PSYCHIATRIE JURIDIQUE

Présidence : MM. les Professeurs MARINESCO (Roumanie), EVENSEN (Norvège), PRADOS SUCH (Espagne), ANTONOF, DI TULLIO (Italie), P. VERVAECK (Belgique).

Secrétaire des séances : Mme le Dr ROUDINESCO

I. RAPPORTS

Objet des Rapports : La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR CORBERI (Milan)

L'auteur étudie la débilité intellectuelle chez les délinquants mineurs, les anomalies affectives étant délibérément laissées en dehors et la délinquance envisagée du point de vue de la législation italienne. En Italie, depuis la loi de 1934 ont été organisés des centres d'observation pour mineurs auprès de tous les Tribunaux de l'O.N. de l'Enfance et de la Maternité. Un médecin, secondé par un spécialiste, les dirige. Un service social fonctionne également. La débilité mentale ne peut être estimée à moins de 35 0/0, d'après les travaux de l'auteur et du Dr O. Vergani. Le Rapporteur croit que l'incapacité du déficient intellectuel à prévoir les conséquences de ses actes peut influencer le développement des complexes idéo-affectifs en relation avec le délit lui-même. Les méthodes efficaces appliquées aux sujets normaux sont utilisables ici.

RAPPORT DE M. LE DOCTEUR M. C. I. C. EARL, de Caterham (Grande-Bretagne)

La déficience intellectuelle n'est pas la cause directe de la délinquance dans le sens que l'enfant ne sait pas que ce qu'il fait est mal, car on observe surtout la délinquance parmi les moins touchés. Un très petit nombre de délinquants, à Londres, ont pu être considérés comme de vrais déficients. La déficience intellectuelle devient surtout un obstacle au moment où l'enfant commence à apprendre à lire, ce qui est plus difficile pour le déficient que pour l'enfant normal. Deux réactions sont alors possibles : l'agressivité, qui se voit surtout chez les imbéciles, et la névrose. L'auteur estime qu'une méthode thérapeutique spéciale doit être appliquée pour éviter de demander un effort excessif à ces enfants et pour n'avoir plus recours aux institutions spéciales réservées aux grands déficients.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR VICTOR FONTÈS (Portugal)

Il faut unifier les classifications des anomalies mentales de l'enfant. Le débile, enfant sans altérations de l'affectivité peut se servir du langage parlé ou écrit et ne peut dépasser le niveau d'un enfant de 12 ans. Anormal de l'intelligence, il faut, à côté de lui, envisager l'anormal du caractère : le psychopathe, plus important au point de vue social. La thérapeutique diffère selon les cas et le succès plus assuré dans la débilité. Les mesures à prendre sont des mesures de correction et de rééducation. Le psychiatre seul est qualifié devant le juge pour servir à l'interprétation du délit. L'auteur conclut en souhaitant qu'on développe dans tous les pays l'enseignement de la psychiatrie infantile, des services spécialisés près des centres d'enfants délinquants et l'assistance aux enfants atteints d'anomalies mentales.

RAPPORT DE M. LE PROF. STEFANESCO GOANGA, de Cluj (Roumanie)

Les débiles, dont parle l'auteur, sont des sujets ne dépassant pas 10 ans de niveau mental et dont le coefficient d'intelligence est au-dessous de 70. Ils ont été examinés parmi les délinquants (273 garçons et 36 filles) des instituts d'éducation corrective de Roumanie (Gherla et Cluj) internés pour des délits des plus variés. Les tests utilisés sont des tests collectifs non verbaux de l'Institut de Psychologie de l'Université de Cluj. Le pourcentage des débiles mentaux délinquants est de 31,13 pour les garçons ; 38,88 pour les filles. L'auteur préconise comme mesures pratiques : 1° des mesures eugéniques pour réprimer la débilité mentale héréditaire dans la plupart des cas ; 2° des mesures éducatives et sociales pour empêcher les débiles mentaux de devenir délinquants ; d'où la nécessité d'instituts spéciaux. L'âge mental doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la responsabilité.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR FAHREDDIN KERIM GÖKAY (Istanbul)

En Turquie, les enfants de 11 ans n'encourent aucune responsabilité pénale, ceux de 11 à 13 ans doivent être envoyés à l'Institut médico-légal pour juger de leur discernement. Ceux de 15 à 20 ans ne sont soumis à l'examen médical que lorsqu'il est prétendu qu'ils sont atteints d'une maladie psychique. L'auteur publie une statistique portant sur 668 dossiers de l'Institut médico-légal, qui met le vol et l'attentat à la pudeur au premier rang des délits et fait part des observations tirées des statistiques fournies par le plus grand hôpital psychiatrique de Turquie et par l'Asile de Sauvetage pour enfants créé par la Municipalité de Stamboul.

RAPPORT DE M. LE D^r HEALY, de Boston (U.S.A.)

L'auteur dégage dans son rapport les 10 points essentiels qui suivent : 1) Le problème de la délinquance juvénile est différent suivant les pays et en rapport avec les traditions et la culture de chaque pays. — 2) Le présent rapport traite du rôle joué par la déficience intellectuelle chez les délinquants dans les Etats-Unis d'Amérique ; — 3) Il n'y a pas de rapports directs entre la déficience intellectuelle et la délinquance ; — 4) Les tests mentaux habituels à eux seuls ne peuvent donner des précisions suffisantes quant aux rapports entre l'individu et le milieu social ; — 5) Pour le diagnostic et le pronostic, il est nécessaire également de faire un examen psychiatrique de la personnalité du sujet et du milieu social dans lequel il vit ; — 6) Les causes de

la délinquance sont les mêmes, qu'il s'agisse d'individus normaux ou déficients, avant tout absence d'éducation au foyer et un entourage ne favorisant pas leur développement moral et la satisfaction de leurs besoins ; — 7) Le haut pourcentage de déficients qu'on constate dans les tribunaux pour mineurs et dans les maisons de correction nous induit en erreur, car il est dû au fait que le débile mental ne sait échapper aux poursuites et au fait aussi que les tribunaux ont tendance à ne pas les laisser en liberté surveillée ; — 8) En relisant des observations de centaines de délinquants normaux ou déficients, on s'aperçoit qu'après plusieurs années, les deux groupes ont pu également bénéficier d'une rééducation sociale adéquate ; — 9) Les instituts pour délinquants déficients sont utiles pour ceux qui peuvent être rééduqués, mais on y envoie souvent des enfants d'autre catégorie ; — 10) Les sujets psychopathes, mentalement déficients, constituent un problème social grave qui ne peut être résolu qu'en segmentant les institutions pour chaque catégorie de déficients.

RAPPORT DE M. LE D^r ALEXANDER R. LURIA (U.R.S.S.)

La difficulté principale dans l'étude clinique des oligophrénies dépend de l'absence d'analyse précise des insuffisances cérébrales qui servent de base aux oligophrénies et du manque de connaissance des influences de ces insuffisances sur le développement psychologique de l'enfant. L'auteur montre que les oligophrénies sont loin d'être toujours des affections globales du cerveau. Certaines oligophrénies ont pour base des défauts cérébraux partiels. L'influence de lésions semblables du système nerveux peut être différente. Le moment du développement où se réalise la lésion intervient au premier chef. Des observations d'affection de la zone optico-gnostique du cerveau, de lésions de la zone de gnosie verbale le prouvent. L'investigation des états oligophrénies au moyen de l'analyse des systèmes fonctionnels atteints ne découvre pas seulement de nouvelles possibilités de précision des formes de l'oligophrénie, mais conduit à l'étude de la « localisation chronogène » des processus psychologiques dans l'écorce du cerveau humain.

RAPPORT DE M. LE D^r A. MACÉ DE LÉPINAY (France)

L'étude de 670 dossiers de mineurs délinquants de 13 à 18 ans a montré que 26,3 0/0 ont un niveau mental inférieur à 10 ans. Les réponses de ces garçons aux différents tests ont montré le manque de dispersion des réponses et la pauvreté toute particulière du raisonnement logique, de l'imagination verbale et de la possibilité d'abstraction. La comparaison de ces lacunes avec celles d'enfants délinquants d'âge mental un peu plus élevé montre bien que la capacité de discernement correspond bien à 10 ans. On retrouve constamment d'un dossier à l'autre l'instabilité et la suggestibilité. Plus que les autres sujets, les débiles sont plus facilement dépendants des conditions antérieures de la vie, physiques et sociales. Une éducation spéciale, dans laquelle la part du médecin est grande doit être donnée au débile dès son plus jeune âge.

RAPPORT DE M. LE D^r POSTMA (Hollande)

Le rapporteur présente le résultat d'un examen de l'intelligence de jeunes filles antisociales qui ont passé dans une école correctionnelle. Par une

méthode nouvelle tentant de séparer l'influence de l'hérédité et du milieu, l'auteur trouve que l'intelligence va diminuant dans les groupes, des cadets aux aînés, des petites familles aux familles nombreuses. L'intelligence la plus diminuée des enfants aînés de familles nombreuses s'approche de celle des enfants criminels. Le facteur criminogène est l'état appauvri dans la famille nombreuse, le manque de direction dans les petites familles. Des mesures telles qu'assistance aux familles nombreuses, lutte contre la dissolution de la famille doivent permettre de combattre les causes de ces conduites antisociales.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR URECHIA, de Cluj (Roumanie)

Le milieu peut déterminer des enfants normaux à commettre des méfaits, mais un grand nombre d'enfants délinquants proviennent de débiles mentaux de dégénérés, de névropathes. Les actes répréhensibles peuvent être causés pour diverses raisons : par les constitutions cyclothymiques, le caractère paranoïde ou schizoïde, l'épilepsie, les perversions instinctives. L'auteur envisage ensuite la part étiologique respective des tares héréditaires nerveuses, des infections, des hydrocéphalies, des traumatismes obstétricaux, cérébraux de l'enfance ; l'influence du milieu social, de la contagion, du chômage, de la situation d'enfant non légitime, toutes causes pouvant favoriser la délinquance. Les mesures préventives doivent être médicales et sociales.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR VERMEYLEN (Belgique)

La notion même et les limites de la débilité mentale doivent être envisagées avant une telle étude. Il faut revoir la valeur criminogène de la débilité mentale car les statistiques comparées montrent qu'il n'y a pas beaucoup plus de débilité mentale parmi les jeunes délinquants que parmi les enfants ordinaires. C'est l'inadaptation sociale et non la débilité mentale en elle-même qui est la cause de la délinquance. Enfin le type mental a plus d'importance que la déficience elle-même dans la genèse de la délinquance. Il intervient également dans la nature du délit, d'où son importance.

RAPPORT DE M. LE D^r PAUL VERVAECK (Belgique)

On a longtemps admis l'influence prépondérante de la débilité mentale dans la délinquance infantile. Cependant, nombre de débiles n'évoluent pas vers la délinquance ; d'autre part les facteurs étiologiques de celle-ci sont infiniment complexes ; l'appréciation est aussi faussée du fait qu'on n'observe habituellement pas tous les enfants de justice, mais ceux placés en internat (et ce sont surtout les débiles). Pour dépister les débiles mentaux avant jugement il faut un examen sommaire (test de Terman, Simon, parfois Decroly) plus somplet si l'enfant est placé en maison d'observation. Le taux des débiles (17 sur 144 garçons) est plus élevé chez les filles. Il n'y a pas de mode de délit spécial au débile. Le vol y est surtout de « jouissance momentanée ». Dans le vol en bande, le débile est parfois l'entraîneur. Les chances de récidive conférées par la débilité sont d'évolution difficile. Les réactions antisociales de ses débiles nécessitent traitement et prophylaxie.

Il faut : multiplier les terrains de jeu, donner un enseignement spécialisé (et souvent séparé des débiles non délinquants) et si l'enfant est laissé à sa famille, une « tutelle psychiatrique ».

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR JOSÉ BELBAY (de Buenos-Aires)

1. La débilité mentale peut être la cause originaire des délits ; 2. La débilité mentale fait que d'autres facteurs délictueux ambiants trouvent un terrain facile pour le délit ; 3. Les mauvaises conditions économiques sont, de préférence, celles qui favorisent la délinquance des débiles mentaux ; 4. La débilité mentale doit être dépistée avant le fait anti-social, afin d'assurer la prophylaxie du début ; 5. Il faut poursuivre la création d'Instituts spécialement destinés au traitement et à l'éducation des débiles mentaux ; 6. Dans une législation de l'état dangereux pré-délictueux doivent être incorporés les débiles mentaux *non adaptés* comme en état dangereux ; 7. Il faut intensifier la campagne prophylactique de la syphilis et de l'alcoolisme.

RAPPORT DE MM. LES PROFESSEURS A. C. PACHECO E SILVA (de Saint-Paul)
ET LEONIDO RIBEIRO (de Rio de Janeiro)

1. La connaissance précoce des oligophrénies est la mesure prophylactique la plus efficace du début des faibles d'esprit ; 2. Si l'on a fini par donner une grande importance aux troubles du caractère dans la délinquance infantile, la débilité contribue incontestablement à la criminalité infantile ; 3. A la maison de rééducation de l'Etat de Saint-Paul (Brésil) on a obtenu le pourcentage de 22 0/0 de débilité chez les mineurs délinquants ; 4. L'alcool, les crises convulsives sont des facteurs très importants de délinquance.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR G. BERMAN (République Argentine)

L'auteur apporte des statistiques de son pays montrant le grand pourcentage de débiles mentaux parmi les délinquants infantiles et juvéniles. La débilité n'est pas suffisante d'ordinaire pour faire un délinquant ; il faut y ajouter les causes sociales. La tendance a donné une plus grande valeur aux facteurs économiques et sociaux de la délinquance. Cette valeur est universelle et légitimée par l'étude de la délinquance infantile et juvénile. L'auteur rapporte le cas d'une famille d'empoisonneurs qui démontre que la débilité n'est pas tout.

II. — COMMUNICATIONS

A propos de la débilité comme cause de délinquance infantile et juvénile, par M. le Dr DIDE

Le Dr Maurice Dide (de Toulouse) estime que l'essentiel dans les lacunes mentales observées chez les enfants criminels est fourni par des défaillances instinctivo-affectives et actives. Il propose le terme d'oligothymie. La recherche des tests de cet ordre apporterait à la médecine légale un gain positif. Cette orientation rend compte à la fois de la criminalité infantile, de celle des hystériques et des délirants ; elle permettra une protection

plus effective des éléments sains de la population ; elle explique que des intelligences supérieures peuvent comporter la criminalité mais que jamais un criminel n'est affectivement et instinctivement normal.

Les statistiques de Fresnes et le problème de l'enfance délinquante,
par M. le Dr Jacques ROUBINOVITCH, chef du service des examens médico-psychologiques près le tribunal pour enfants (Seine).

La psychogenèse de l'enfant criminel, par M. le Dr FORTANIER (Hollande).

L'auteur expose que dans la psychogenèse de l'enfant criminel un développement discordant de la fonction de la conscience est d'une grande importance, à cause des troubles des fonctions d'identité de fixation, de compréhension, de régulation et d'intégration.

Niveau mental et déchéance de la puissance paternelle,
par M^{lle} le Dr BONNIS (ancien interne des Asiles de la Seine).

Le pourcentage des niveaux inférieurs chez les enfants dont les parents ont fait l'objet d'une plainte en déchéance de la puissance paternelle est élevé. On rencontre toutefois peu de délinquants chez ces enfants.

L'assistance à l'enfance anormale en Espagne pendant la guerre,
par MM. les Drs PRADOS SUCH et J. SOLIS.

Les auteurs comparent ce qui est fait pour les enfants anormaux en temps de paix et en temps de guerre dans leur pays et montrent le fonctionnement des tribunaux pour enfants qui persistent à Madrid et celui des institutions qui concernent la délinquance infantile qui ont été évacuées à Valence et en Catalogne.

Influence de la débilité sur le caractère et par cela même sur les facultés d'assimilation sociale de l'individu, par M. le Dr NØRWIG (Danemark).

Situation légale des débiles mentaux en Argentine,
par M. le professeur José BELBEY (La Plata).

La formule juridique touchant les débiles mentaux est la suivante : sous la loi civile, ils sont capables ; sous la loi pénale, responsables, imputables et donc punissables, pourvu qu'ils aient plus de 19 ans. Avant ils ne le sont en aucun cas. Par leur non-maturité ils sont irresponsables.

L'auteur estime ensuite que : 1° Le droit des enfants doit primer celui des parents ; 2° La société a le droit de surveiller les mineurs, qui, grands, lui seront remis préventivement ; 3° Il faut étudier quelle méthode peut éviter le délit : l'Etat doit-il se charger de tous les enfants dès leurs premières années ?

Quant au débile adulte, l'auteur souhaite voir instituer en Argentine le Conseil judiciaire, mesure qui n'existe pas et s'impose cependant car il y a des cas limites entre la capacité absolue et l'incapacité absolue dont la législation argentine ne tient pas compte.

Dépistage des anomalies chez les enfants au point de vue criminel au Brésil, par M. le professeur Leonido RIBEIRO.

Note sur la dispersion dans l'échelle d'intelligence Pintner-Paterson (adultes et enfants délinquants), par MM. les D^{rs} G. PREDA et S. CUPCEA.

Les enfants délinquants présentent une plus grande dispersion dans les test Pintner et Paterson que les enfants non-délinquants. Cette dispersion s'approche de celle des oligophrènes, des paranoïdes et épileptiques adultes. Elle est due à une incapacité mentale.

L'assistante d'Hygiène scolaire et la consultation de psychiatrie infantile, par M^{lle} O. CHARAS.

La vie pré-criminelle et le problème de la préservation, par M. le professeur TOBBEN (Munster).

Les facteurs concomitants de la délinquance infantile et juvénile, par M. le D^r G. HEUYER et M^{me} S. HORINSON (France).

La comparaison de deux groupes de sujets (délinquants et non-délinquants) montre l'intervention du facteur héréditaire pathologique et du facteur social dans la genèse du délit. La prophylaxie criminelle, dans l'impossibilité de lutter directement contre les causes profondes de la délinquance, doit s'attaquer à leurs conséquences les plus facilement saisissables. Des mesures prophylactiques réalisées précocement sont susceptibles de diminuer la délinquance infantile et juvénile.

*
**

A l'issue du Congrès, les vœux suivants ont été adoptés :

1° Fondation d'une Société Internationale de neuro-psycho-pathologie infantile dont l'organisation est actuellement poursuivie ;

2° Obligation d'un examen médico-psychologique systématique, dans un centre spécialisé, de tous les enfants délinquants ;

3° Collaboration médico-pédagogique étroite dans tous les centres de rééducation et de perfectionnement consacrés aux enfants déficients et psychopathes, qu'ils soient sous la direction de psychiatres pédiatres ou de pédagogues spécialisés ;

4° Création d'une Commission consacrée à l'établissement d'une nomenclature et d'instruments de mesure internationaux ;

5° Etude rigoureuse et scientifique des conditions héréditaires, individuelles et sociales de la délinquance.

Le prochain Congrès aura lieu à Leipzig en 1941. Il sera présidé par un professeur allemand. Le vice-président du Comité d'exécution sera M. le D^r Heuyer (France). Le secrétaire général, M. le Professeur Tramer (Suisse). Le secrétaire général adjoint, M. le D^r Michaux.

M. LECONTE.



ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La chirurgie de la douleur, par René LERICHE. 1 vol., 430 p., Masson édit., Paris 1937.

Ce volume contient le cours que professa l'auteur au Collège de France, lors de sa suppléance du professeur Nicolle, pendant l'hiver de 1936. Son intérêt véritable est de beaucoup supérieur à celui que laisserait supposer son titre, car il s'agit d'une étude de l'homme subissant la douleur et se défendant contre elle qui instruit autant les médecins, les psychologues, les psychiatres et les philosophes que les chirurgiens.

La douleur physique, car c'est d'elle seule qu'il s'agit, n'a guère été étudiée que sous sa forme *douleur expérimentale*, produite par les excitations artificielles des physiologistes, et explicable par le schéma d'un appareil à trois éléments : récepteur, conducteur, centre. Ce qu'il importerait de connaître c'est sa forme *douleur-maladie*, que produisent les agressions morbides auxquelles l'homme, au cours de son existence naturelle, est exposé, et que n'explique pas le schéma cadavérique qui ne tient aucun compte des innombrables facteurs de la vie.

Cette douleur-maladie n'est pas assimilable à l'autre. Elle n'est pas la donnée spécifique d'un sixième sens. Elle n'est pas un phénomène physiologique, car elle n'obéit pas aux lois de l'excitation des nerfs. Elle est, par rapport aux phénomènes réflexes produits par la lésion causale, un épiphénomène. « Elle est la résultante du conflit d'un excitant et de l'individu tout entier. »

Elle offre deux catégories de phénomènes douloureux : a) la catégorie des phénomènes douloureux qui se consomment exclusivement dans un nerf. C'est sur le territoire d'un nerf bien déterminé appartenant toujours au type cérébrospinal que siègent la lésion causale, l'algie, l'impotence, l'atrophie et que doit siéger pour être efficace l'acte chirurgical. L'algie y est fixe, tant que n'a pas eu lieu l'intervention qui produit une guérison complète et définitive; b) la catégorie des phénomènes douloureux qui débordent tout territoire nerveux. L'algie est instable, variant avec maintes circonstances,

l'impotence imprécise, des troubles à distance surtout vasomoteurs, trophiques et oculo-pupillaires s'y ajoutent. En agissant par le bistouri ou par la novocaïne sur le sympathique tronculaire, artériel ou ganglionnaire qui commande la région douloureuse on obtient une sédation, mais elle n'est que temporaire, et le sujet conserve un état mental d'appréhension plus ou moins accentuée qui parfois lui donne l'apparence de ne pas vouloir guérir.

L'intervention du facteur sympathique, évidente dans cette seconde catégorie de douleur-maladie, se manifeste également dans la première catégorie. Car en paralysant par le bistouri ou la novocaïne le sympathique qui commande au territoire innervé par un nerf cérébrospinal douloureux, on calme la douleur de ce nerf. C'est là une découverte de Leriche qui prouve, sinon l'absence d'organes spécifiques de douleur, du moins leur subordination au sympathique.

Maints facteurs entrent en jeu dans la production de la douleur-maladie, expliquant l'inégalité des hommes et les variations du même homme devant elle. Alimentation, état hygrométrique et barométrique de l'atmosphère, équilibre des sécrétions internes dans le sang (hyper ou hypocalcémie, hyper ou hypoadrénalinémie, insuffisance ovarienne), tempéraments individuels et tempéraments collectifs résultant des civilisations (l'Européen du *xx*^e siècle étant devenu par l'usage des antinévralgiques quotidiens et l'aiguïsement des sensibilités, plus accessible à la souffrance que ses ancêtres).

Le chapitre de la sensibilité viscérale est de nature à provoquer de fécondes suggestions concernant la conception psychiatrique de la cénesthésie. Les viscères ont chacun une sensibilité spéciale, dont les fibres sympathiques sont l'agent de conduction. En effet, partout dans le corps et ses parois, dans les viscères, les muscles, le périoste, les ligaments articulaires, les artères, etc., on retrouve les corpuscules que les physiologistes ont reconnus, être dans la peau les organes récepteurs.

Normalement la sensibilité viscérale est obtuse, et ne devient consciente qu'en cas de maladie, parce que les excitations intrinsèques des organes profonds du corps ne bénéficient pas de la collaboration que les excitations extérieures tombant sur les récepteurs cutanés reçoivent perpétuellement des autres sens.

Par conséquent inexacte est la théorie de Lennander attribuant à l'irritation des ramifications du système cérébrospinal dans les séreuses et les mésentères la sensibilité organique. Et la projection métamérique de la sensibilité des viscères vers la périphérie d'après Head, si elle n'est pas fantaisiste, est inutile pour le chirurgien qui découvre le viscère malade en réveillant sa sensibilité individuelle.

Tous les autres chapitres, surtout ceux de la douleur des moignons et du membre fantôme, de l'influence du psychisme, de la nécessité pour le chirurgien d'écouter les plaintes de ses malades, contiennent de judicieuses considérations psychologiques.

Cet ouvrage dont la forme est exempte du dogmatisme et du schématisme qu'impose à son compte rendu la nécessité d'être concis est une preuve de la justesse de l'affirmation formulée dans cette revue il y a 11 ans, sur l'intérêt pour la psychiatrie des découvertes de la chirurgie.

Paul COURBOX.

NEURO-PSYCHIATRIE

Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs, par M^{lle} Y. GÉVAUDAN. *Thèse Paris*, 1937, 1 vol. 136 pages, Vigot, éditeur (Travail de la Maison Nationale de St-Maurice).

En dehors des états maniaques et mélancoliques, on peut observer des manifestations périodiques très variées, réalisant tantôt l'aspect de troubles mentaux, tantôt de troubles nerveux. La périodicité apparaît ainsi non comme le fait exclusif d'une entité nosographique psychopathique, mais comme un caractère général affectant toute la pathologie du système nerveux. On peut distinguer parmi ces manifestations périodiques les formes psychopathiques, les formes névropathiques, les formes somatiques et neurologiques périodiques, la périodicité dans les atteintes organiques du système nerveux, la psychose périodique chez l'enfant.

Parmi les formes psychopathiques, diverses observations sont rapportées de manifestations oniriques et délirantes prenant l'aspect d'accès périodiques, et dont certaines alternent même avec des accès maniaques ou mélancoliques ; il existe aussi des délires d'influence périodiques ainsi que des formes schizophréniques qui ont été l'objet de multiples discussions. Les formes névropathiques peuvent réaliser tantôt les obsessions périodiques, tantôt des manifestations abouliques, tantôt des cénesthopathies. Des exemples concrets sont donnés de ces divers aspects de périodicité pathologique. Enfin les rapports de l'hystérie et de la psychose périodique sont l'objet de développements détaillés.

Les formes à manifestations neurologiques, bien que peu connues, n'en ont pas moins un grand intérêt. La question des rapports de certaines psychoses périodiques, avec les paralysies périodiques, a une grande portée au point de vue de la pathologie générale, ainsi que celle des troubles végétatifs qui accompagnent certaines paralysies périodiques. Il en est de même de certains troubles sympathiques dimidiés et des sensations parasthésiques qui les accompagnent, sensations qui peuvent devenir le point de départ parfois d'hémianesthésies pithiatiques surajoutées. Enfin des atteintes neurologiques et organiques avérées peuvent donner lieu à des troubles périodiques : il en est ainsi dans certaines épilepsies, dans certains cas de parkinsonisme post-encephalitique, etc...

Quant à la psychose périodique chez l'enfant, elle peut revêtir de nombreux aspects atypiques notamment des formes somatiques, avec association de chorée, de troubles infundibulo-hypophysaires. Les équivalents viscéraux et végétatifs périodiques chez l'enfant comme chez l'adulte sont très nombreux : insomnie, troubles gastriques, cardio-vasculaires, etc...

La psychose périodique apparaît ainsi comme devant être placée non plus sur le terrain exclusif d'une entité nosographique psychopathique, mais sur celui de la psychopathologie du système nerveux.

H. BARUK.

Recherches sur le rôle de la vitamine A dans la valeur de la chronaxie motrice, par L. ESPR. Une brochure in-8°, 160 pages. Imprimerie Jean, Ed., Gap. *Thèse Marseille*, 1935-36.

Il y a une relation entre la valeur de la chronaxie et l'importance de la réserve hépatique en vitamine A. Si celle-ci manque, la chronaxie est faible ;

s'il y a hypervitaminose, la chronaxie motrice est élevée et sa différence entre muscles antagonistes est forte. Cette différence disparaît par l'anesthésie au chlorure d'éthyle. Expérimentalement, on peut faire varier le taux de la chronaxie suivant la teneur en vitamine A, et la thyroxine a un effet inverse de la vitamine.

Joseph ALLIEZ.

Étude critique du syndrome de basophilisme hypophysaire de Cushing, par Pierre ALLIÉS. Une brochure in-8°, 195 pages. Imprimerie Bosc et Riou, Ed., Lyon. *Thèse Marseille*, 1936.

L'auteur, après avoir colligé 52 observations de maladie de Cushing, les groupe d'après leurs caractères typiques et leurs particularités. Après avoir discuté leurs relations avec certaines observations presque similaires où n'existait qu'une tumeur de la cortico-surrénale, Pierre Alliés pense qu'il est impossible de séparer le basophilisme hypophysaire de Cushing de l'ancien hirsutisme surrénal d'Apert. L'étude de nouveaux cas intermédiaires est encore indispensable pour se prononcer sur la pathogénie de ce syndrome.

Joseph ALLIEZ.

Le syndrome sympathique cervical postérieur (de Barré-Liéou) Post-traumatique, par G. DEVÈZE. Une brochure in-8°, 96 pages. Imprimerie l'Idéale, Ed., Nîmes. *Thèse Marseille*, 1937.

L'auteur a groupé dix-huit observations de ce syndrome isolé par Barré, et sur l'étiologie traumatique duquel le Professeur Roger et ses élèves ont insisté. On sait la pathogénie invoquée pour expliquer l'ensemble de ces symptômes où le groupement de manifestations sensitives, sensorielles et psychiques n'est pas le moins curieux : atteinte du nerf vertébral dans son trajet cervical satellite de l'artère vertébrale, et incidences de souffrance sympathique dans les territoires encéphaliques et périphériques que ses branches irriguent. Les lésions du rachis cervical paraissent relativement fréquentes dans les traumatismes crâniens et elles peuvent être objectivées souvent, de même que leurs séquelles articulaires, par la radiographie. G. Devèze insiste sur la parenté qui unit ce syndrome à celui des commotionnés du crâne et la difficulté réelle du diagnostic différentiel. La présence de symptômes de nervosisme, le caractère régressif des manifestations, les altérations du fonctionnement vestibulaire, sont en faveur du syndrome des commotionnés, tandis que la sensibilité à la thérapeutique locale cervicale témoigne de l'existence du syndrome cervical postérieur de Barré. Le pronostic de ce dernier reste toutefois relativement sérieux, à cause de sa persistance et des symptômes psychopathiques associés. Il convient d'en tenir compte dans l'établissement des invalidités.

Joseph ALLIEZ.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

Conformément à l'article 3 du Règlement, la *Société Médico-psychologique* ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOÛT ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 octobre 1937* à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 18 novembre 1937*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 novembre 1937*, à 4 heures *très précises* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV^e arrondissement).

Légion d'Honneur

Est promu *Commandeur de la Légion d'Honneur* :

M. le Professeur Georges DUMAS, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, ancien président de la Société Médico-psychologique.

Est promu *Officier de la Légion d'Honneur* :

M. le Dr G. HEUYER, Médecin des Hôpitaux de Paris, Médecin-Chef adjoint de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, Chargé de Cours de Clinique annexe de psychiatrie infantile, *membre titulaire de la Société Médico-psychologique*.

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. le Dr René TARGOWLA, Médecin de l'Hôpital Henri-Rousselle, *membre titulaire de la Société Médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. Georges RONDEL, Inspecteur général honoraire des Services administratifs du Ministère de l'Intérieur, président de la quatrième section (aliénés) du Conseil Supérieur de l'Assistance publique.

Légion d'Honneur

Sont promus *Officiers de la Légion d'Honneur* :

M. FOLCHER, Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord) ;

M. le D^r SALOMON, Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan).

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur* :

M. le D^r DUBOIS, Médecin-Chef de l'Asile Sainte-Marie-de-l'Assomption, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ;

M. le D^r Jean DUCOS, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde) ;

M. le D^r GELMA, Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique

Médaille d'or :

M. le D^r SENGLAR, Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Nominations

M. le D^r DE BOUCAUD est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde) ;

M. le D^r POUFFARY est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Lafond (Charente-Inférieure) ;

M. le D^r GUILBERT est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), poste pour lequel il est nécessaire de posséder une connaissance suffisante de la langue allemande.

Commémoration de la fondation de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle

A l'occasion du deuxième Congrès international d'Hygiène mentale, les amis, collaborateurs et élèves du docteur Toulouse ont formé un comité pour commémorer la fondation de l'Hôpital Henri-Rousselle. Cette cérémonie a eu lieu le 25 juillet 1937. Une plaque a été posée sur la façade de l'établissement, portant cette inscription :

Département de la Seine

HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE

Service libre de Prophylaxie mentale

Cet Hôpital a été fondé

le 1^{er} juin 1922

M. AUTRAND, Préfet de la Seine

M. MARIN, Président du Conseil général

M. Henri ROUSSELLE, Président de la 3^e Commission

Docteur TOULOUSE, Directeur-Médecin

Des discours furent prononcés par M. Justin GODART, ancien Ministre, Président du Comité ; par M. SEGUIN, Directeur des Affaires départementales, délégué de M. le Préfet de la Seine ; par M. le Dr CASALIS, Vice-Président du Conseil général de la Seine ; par M. René FIQUET, Président de la 3^e Commission (assistance) du Conseil général de la Seine ; par M. le Dr MARCHAND, médecin de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), au nom du Comité ; par M. le Dr BELEY, au nom des internes.

Ensuite, sous la conduite de M. le Dr GENIL-PERRIN, Médecin-directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle, eut lieu la visite de l'Etablissement.

Concours pour un poste de Pharmacien à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire

Un concours sur titres et sur épreuves sera ouvert fin novembre 1937 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour un poste de *pharmacien chef de service* à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne).

Concours de l'Internat en Médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour neuf places d'internes en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmierie spéciale et de l'Hôpital Henri-Rousselle, s'ouvrira à Paris le 25 octobre 1937.

Les inscriptions sont reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 2, rue Lobeau, porte 227, du 28 août au 11 septembre 1937.

Bourse de voyage de l'Association Amicale des Internes et anciens Internes des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Cette bourse de voyage à l'étranger, de 6.000 francs (partage interdit), sera attribuée pour la deuxième fois, en 1937, à un interne de 3^e ou de 4^e année des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de nationalité française, membre de l'Association amicale.

Cette bourse de voyage devant être mise à la disposition de son titulaire à partir du 1^{er} décembre 1937, les inscriptions et le dossier complet doivent être parvenus au Secrétaire du Comité de l'Association (D^r Paul COURBON, Médecin-Chef à l'Asile Clinique, Sainte-Anne) avant le 15 octobre 1937, dernier délai.

Tous renseignements utiles concernant le mode d'attribution de cette bourse de voyage, se trouvent dans le numéro de juin 1937 des *Annales Médico-psychologiques*, pages 146 et 147.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion annuelle de la Société des neurologistes et psychiatres allemands

La 3^e Réunion annuelle de la Société des neurologistes et psychiatres allemands se tiendra à Munich les 20, 21, 22 et 23 septembre 1937, dans l'Auditorium Maximum de l'Université (Ludwigstrasse, 17).

Les séances du lundi 20 septembre seront consacrées à la neurologie ; les séances du mardi 21 septembre, neuro-psychiatriques, seront consacrées à l'étude de l'épilepsie ; les séances du mercredi 22 septembre seront consacrées à la psychiatrie, et plus particulièrement à la psychothérapie ; les séances du jeudi 23 septembre seront consacrées à l'hygiène mentale et à des questions de pratique psychiatrique.

Les séances commenceront exactement à 8 h. 30 et à 15 heures.

Réunion de la Société Suisse de psychiatrie

La réunion d'automne de la Société Suisse de psychiatrie se tiendra à Zurich les 6 et 7 novembre 1937, sous la présidence de M. le Professeur J.-E. STAEBELIN (de Bâle).

Elle sera consacrée à l'étude de « Questions de psychiatrie sociale ». Les Rapporteurs seront M. le P.-D. D^r BRUGGER (de Bâle) et le M. le Dir. D^r BERSOT (du Landeron).

NÉCROLOGIE

Université de Bucarest

M. le D^r OBREGIA, professeur honoraire de psychiatrie à l'Université de Bucarest, ancien Directeur général du Service Sanitaire de Roumanie.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ SOCIALE (1)

PAR

PIERRE JANET

6. — L'angoisse objectivante

Nous n'avons pas jusqu'ici rencontré d'influence qui jouât un rôle bien net dans *l'objectivation*, dans l'attribution de l'action au socius, ce qui est cependant pour nous le problème principal, car cette disposition à l'objectivation est le point de départ des sentiments du malade persécuté.

Sans doute il y a dans certains cas, chez de vieux malades, une sorte d'habitude délirante et les sujets semblent être devenus incapables de penser autrement qu'en objectivant toujours socialement. « Les uns m'attirent dans des temples religieux, dit une vieille malade, les autres dans des maisons publiques ; les uns me font manger, les autres parler, les autres dormir, je ne fais plus rien, je ne cherche plus à rien faire sans une influence. Mettez-moi au moins sous de bonnes influences de

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques* (juillet 1937, page 149).

bien-être et de richesse. » Mais c'est là une habitude tardive que nous retrouverons dans les délires : nous avons admis que tout dans ces sentiments d'emprise n'était pas délire et qu'il fallait chercher une perturbation plus fondamentale qui puisse être le point de départ de cette habitude (1).

Plusieurs auteurs qui voient bien le problème se bornent à l'énoncer : M. Paul Schiff nous dit bien : que « dans le rêve ou dans le délire le mécanisme de projection efface les barrières entre le monde personnel et le monde extérieur, entre la personne et la société, cette obnubilation est le fait essentiel dans l'appréciation des idées de persécution » (2). Il montre bien que ce phénomène se rapproche de divers autres troubles et il admet aussi que cet effacement des barrières est soustendu par une tendance affective : c'est ce rôle de la tendance affective que nous avons essayé de préciser et que nous avons à rechercher.

Le plus souvent les observateurs ont parlé d'un besoin logique d'explication chez des malades qui cherchent à se rendre compte de leurs impressions étranges. La discussion de cette hypothèse sera peut-être mieux à sa place à propos des délires, mais elle doit être écartée dès à présent. Sauf dans des cas particuliers ces interprétations des malades sont bien postérieures aux symptômes eux-mêmes. En général il faut se méfier des explications par l'explication, ce sont des explications par en haut, par les phénomènes supérieurs de l'esprit qui interviennent seulement dans des conditions bien déterminées et qui probablement jouent un faible rôle dans le déterminisme des maladies : en général il vaudrait mieux avouer notre ignorance quand nous ne voyons pas de mécanisme psychologique inférieur capable de rendre compte des faits. L'explication que le malade se procurerait ainsi en mettant telle action sur le compte d'autrui serait loin d'être bien satisfaisante et des malades l'ont trouvée absurde. Le sujet pourrait tout aussi bien dire qu'il se sent faible, qu'il dit des sottises parce qu'il est malade et cette explication hypocondriaque est aussi fréquente.

J'ai insisté sur une objection qui m'a toujours préoccupé, c'est que, à côté des malades qui objectivent et qui attribuent leurs propres intentions à autrui, il y en a beaucoup d'autres qui *subjectivent* avec exagération, comme les obsédés scrupuleux. Ceux-ci se donnent toujours tort à eux-mêmes et s'accusent d'une mauvaise intention à propos de tous les actes qu'ils se

(1) *Journ. de Psych.*, 1932, p. 212.

(2) P. SCHIFF. — *La paranoïa et la psychanalyse*, 1935, p. 47.

représentent. Il faudrait au moins nous montrer pourquoi cette explication change ainsi de sens. Enfin on peut se demander pourquoi ces malades cherchent-ils à propos de tout une explication, tandis que la plupart des autres hommes s'en passent très bien. On a beaucoup exagéré le besoin d'explication des pauvres hommes qui, heureusement pour eux, vivent tranquilles au milieu d'une foule de mystères (1).

Cette même difficulté pourrait être opposée à beaucoup d'autres interprétations faciles. De Clérambault, qui ne cherchait pas souvent à interpréter au point de vue psychologique, me paraît rattacher l'objectivation au sentiment banal de l'étrangeté. « C'est l'étrangeté de la sensation qui incite les sujets à incliner vers l'interprétation exogène... Tous leurs sentiments leur apparaissent étranges en raison de leur soudaineté, de leur inopportunité, de leur illogisme, de leur accroissement incoercible, de leur disparition soudaine : l'étrangeté des explications correspond à l'étrangeté des sensations » (2). Sans discuter cette prétendue étrangeté des sensations qui me paraît tout à fait imaginaire, il est trop facile de remarquer que le sentiment de l'étrange est bien plus fréquent chez les psychasténiques obsédés que chez les délirants persécutés et qu'il ne les entraîne pas du tout à une interprétation exogène ; il faudrait au moins nous montrer pourquoi ce sentiment produit chez eux un effet tout différent. D'ailleurs ce sentiment de l'étrange ne dépend probablement pas de la sensation qui est normale chez les uns et chez les autres, mais dépend de dispositions psychologiques antérieures qui ne sont pas les mêmes chez ces différents malades.

Cependant cette interprétation de l'objectivation du persécuté par le sentiment de l'étrange me paraît présenter un certain intérêt. Le sentiment de l'étrange rentre dans le groupe des sentiments du vide et j'ai déjà eu l'occasion de montrer dans ma communication à la Société sur l'observation de James que les crises de psycholepsie et les sentiments du vide jouaient un rôle dans l'apparition de ses crises du sentiment de pénétration qui est une forme des sentiments d'emprise. Cela n'est pas étonnant : les sentiments du vide en général se rattachent aux sentiments de la fatigue et à la régulation de la halte ; les sentiments d'emprise, comme on va le voir, dépendent du sentiment de l'angoisse et de la régulation de l'échec. Or il y a des rapprochements entre la halte et l'échec : dans les deux cas le sujet est

(1) *Op. cit.*, p. 214.

(2) G. DE CLÉRAMBAULT. — *Pratique médicale française*, mai 1925.

mécontent de l'action en cours et l'arrête. Sans doute les deux arrêts sont différents : dans la halte l'acte n'est arrêté que momentanément et va être repris sans transformation, tel qu'il était; dans la réaction de l'échec l'acte est arrêté définitivement et il faudra chercher un acte différent pour le remplacer : la psychologie de ces deux états n'est pas la même. Il n'en est pas moins vrai qu'il n'est pas toujours facile de les distinguer l'un de l'autre, de distinguer la petite dépression du niveau de la fatigue, des états mélancoliques avec angoisse. D'ailleurs les deux troubles se présentent souvent chez le même malade, car la mélancolie avec angoisse peut survenir par période à la suite ou au milieu de longues périodes d'inaction morose, le sentiment de l'étrange fréquent dans l'inaction morose se mêlera de temps en temps avec des sentiments d'emprise. Nous aurons l'occasion de voir d'autres difficultés qui se présentent à propos de ce diagnostic.

Autrefois, en 1889, j'avais proposé à propos de certaines observations sur les actes et les écritures automatiques une interprétation assez simple. Une femme, Léonie, qui présentait des dédoublements de personnalité intéressants, avait, pendant son état de veille, des attitudes, des exclamations, des prononciations de certains mots certainement en relation avec la seconde personnalité à ce moment latente dans ce que j'appelais alors l'inconscient. Elle s'en étonnait et cherchait quelle influence *étrangère* à elle-même avait pu la pousser. Je disais à ce propos que les tendances subconscientes, quand elles pénétraient dans la conscience supérieure, se présentaient au sujet comme dépendant d'une personnalité étrangère, semblaient objectivées. Il paraît, comme nous l'a appris M. Claude, que William James a repris plus tard cette même interprétation (1).

Je ne crois plus aujourd'hui cette interprétation aussi intéressante. Il faudrait d'abord s'entendre sur cet inconscient dans lequel on met tout, même les tendances les plus normales quand elles sont simplement à l'état de latence. En outre, l'observation des faits est loin de confirmer cette manière de voir. Les irrupsions de phénomènes restés longtemps subconscients sont très fréquentes : à chaque instant réapparaissent des souvenirs en apparence oubliés depuis longtemps et bien souvent nous exprimons une opinion qui est en réalité un vieux souvenir d'une lecture ou d'une conversation enfouie dans le subconscient et qui réapparaît. Non seulement nous ne l'attribuons pas à une

(1) H. CLAUDE. — *L'Encéphale*, mai 1930, p. 216.

personne étrangère, mais nous l'adoptons et nous croyons que l'idée vient de nous. Cela arrive même chez les somnambules suggestionnés : cet individu à qui j'avais suggéré de prendre mon chapeau disait quelque temps après le réveil : « Pourquoi est-ce que j'ai envie de prendre votre chapeau ? C'est absurde. » C'était la même ignorance des causes psychologiques qui font surgir les idées venant des profondeurs à laquelle Spinoza attribuait le sentiment de la liberté. Le plus souvent d'ailleurs ces réapparitions de phénomènes qui ont été subconscients ne sont même pas remarquées et ne provoquent ni subjectivation, ni objectivation.

Une interprétation aujourd'hui assez répandue veut voir ici une application des conceptions de la psychanalyse sur le refoulement. L'acte est objectivé et attribué à un autre parce que la conscience personnelle le repousse et éprouve le besoin de chasser hors de la personnalité certains éléments qui seraient pénibles. Je résumais à ce propos des observations intéressantes de M. Lautier et de M. De Saussure : « Ces malades extériorisent sous forme d'hallucinations des désirs sexuels qu'ils ne veulent pas s'avouer à eux-mêmes. » L'hallucination était la traduction involontaire de la tendance refoulée, elle constituait un exutoire pour le désir interdit par la conscience. Ce sentiment, au lieu d'apparaître à la conscience comme venant du sujet, est enregistré comme venant d'autrui. Ces observations ne sont pas sans valeur : j'ai observé moi-même que le malade subjective plus facilement, rattache plus volontiers à sa personne les actions avantageuses et flatteuses et qu'il attribue plus facilement à l'influence d'autrui les actions fâcheuses : « Ce n'est pas moi, c'est lui. »

Cependant cette interprétation ne me semble pas pouvoir être généralisée sans transformation. Voici une malade dont nous reparlerons qui se croit poète et qui jusqu'à présent était assez fière de petites poésies qu'elle s'attribuait bien à elle-même. Pourquoi donc à la ménopause dans une période de dépression est-elle affligée de sentir que des poésies du même genre qu'elle continue à faire ne sont plus uniquement d'elle, qu'elles sont la répétition de vers imaginés par un autre en dehors d'elle ? Le sentiment de répétition n'est ici qu'une forme atténuée du sentiment de l'imposition par objectivation. Les auteurs précédents ne nous démontrent pas que les amours se soient transformés en haine et aient déterminé une objectivation uniquement parce qu'ils ont été refoulés. Nous retrouvons les mêmes transformations chez une foule de sujets qui n'ont aucunement refoulé

leurs amours mais qui s'y sont abandonnés. L'inversion des sentiments peut avoir de tout autres causes, en particulier des phénomènes d'épuisement et des troubles mélancoliques (1).

Le refoulement nous est le plus souvent présenté comme déterminant la suppression de la conscience, le passage de l'acte dans le subconscient; il faudrait au moins nous dire ce que ce refoulement a ici de particulier, pourquoi il conserve l'acte dans la conscience et le répartit seulement dans un autre système de représentations. On ne peut pas dire qu'il y ait dans cette objectivation de certaines pensées désagréables une règle générale et que nous mettions toujours les fautes sur le compte du socius, car nous ne pourrions plus expliquer l'attribution au socius des actes jugés bons, ni les regrets, ni les remords dans lesquels nous nous attribuons bien des fautes à nous-mêmes. En un mot, ni le passage du subconscient au conscient, ni le refoulement simple ne paraissent expliquer suffisamment cette objectivation des représentations.

Je n'insiste pas sur les interprétations de cette objectivation par des troubles de la personnalité tout entière, car cette question est justement l'objet de notre étude. Remarquons seulement qu'il ne peut pas s'agir de ces modifications passagères de la personnalité dont parle M. Ceillier, « de ces modifications de notre activité qui mettent un désaccord entre l'état présent et l'état passé, qui coupent l'unité de notre vie affective et sapent à la base le sentiment de notre unité personnelle ». Ici le persécuté n'aliène pas une période de sa vie : il attribue à un autre une de ses actions ou une de ses paroles et il s'attribue à lui-même une autre action faite au même moment. Il s'agit d'un ton particulier d'un acte qui correspond à un certain sentiment éveillé à ce moment.

En présence de ces difficultés j'ai présenté, comme hypothèse de travail, une interprétation de l'objectivation dans les représentations par un mécanisme sentimental analogue à celui qui amenait la subjectivation dans le sentiment de l'effort (2). Je cherchais si d'autres sentiments, en particulier les sentiments que j'ai appelés terminaux de l'angoisse mélancolique ou de la joie, ne pouvaient pas avoir une influence objectivante qui s'ajoutait aux autres au moins dans un certain nombre de représentations.

Revenons à ce propos sur l'analyse de l'angoisse que j'ai déjà

(1) *Op. cit.*, p. 215-217.

(2) *Journ. de Psych.*, 15 mars, 15 avril 1932, p. 401.

indiquée. L'essentiel de l'angoisse me paraît être une réaction particulière qui modifie l'acte en cours et que l'on peut appeler *la réaction de l'échec* (1). On a déjà signalé, dans certaines angoisses, l'arrêt de l'acte sexuel, il faut aller beaucoup plus loin et constater dans toute angoisse l'arrêt d'un acte quelconque. Ce n'est plus l'arrêt momentané de la halte comme dans la fatigue, c'est un arrêt complet, définitif, avec écartement, fuite loin de l'action et par conséquent loin de son objet. Cette fuite loin de l'acte amène souvent le renversement de l'action et le passage à l'action contraire. Comme cette fuite porte sur les plus petits débuts de l'acte, sur les simples intentions et les désirs, elle devient le point de départ des ambivalences et surtout de l'inversion des sentiments (AE, II, p. 325, 334, 354, 363).

On a dit souvent qu'il y avait dans l'anxiété une peur morale, une peur sans objet extérieur précis, une peur on ne savait de quoi. Cette peur porte en réalité sur quelque chose de fort précis, c'est une peur que le sujet a de sa propre action (2). Ces fuites de l'action ne suppriment pas la nécessité de réagir d'une manière quelconque aux stimulations menaçantes, mais obligent à réagir d'une autre manière, à faire une autre action qu'il faut chercher avec peine. Mais ce second acte auquel on se résoud se présente à son tour comme redoutable et il faut encore en chercher un autre, puis le fuir à son tour. Le sujet oscille d'un acte à l'autre et trouve toutes les issues fermées comme une bête traquée. Ces peurs de l'acte sont plus ou moins étendues et portent sur un nombre d'actions plus ou moins considérables. Dans les cas graves le sujet ne peut plus envisager avec réflexion aucune action sans en avoir la terreur et il est alors à craindre qu'il ne se réfugie dans le suicide. Mais cette réaction de l'échec n'est pas toujours étendue, elle peut n'apparaître qu'à propos d'actes particuliers et surtout à propos des actes sociaux, elle n'a plus alors exactement les mêmes caractères et nous aurons à tenir compte de ses transformations. Ces interprétations de l'angoisse, que je proposais en 1926 et en 1932, se retrouvent en partie dans l'article intéressant de M. Boven sur l'anxiété (3).

Cette réaction de l'échec, qui amène l'arrêt complet de l'acte sous sa première forme et le renouvellement de l'acte sous une autre forme, me semble donner à l'action un caractère particulier. Il s'agit d'une terminaison de l'action et non d'un effort

(1) *De l'angoisse à l'extase*, 1926, II, p. 343.

(2) The fear of action. *Journ. of abnormal psychology*, juin-septembre 1921 AE, 1926, II, p. 320, 331.

(3) *Ann. Méd.-Psych.*, juillet 1935.

pour la prolonger, il n'y a plus guère de place pour l'effort puisque la recherche d'une autre action se présente comme inutile et se trouve immédiatement arrêtée : l'essentiel devient l'objet de l'action, la stimulation menaçante que le sujet n'arrive pas à écarter. En pratique, surtout dans les actes élémentaires, l'arrêt de l'action, son insuccès dépend de l'objet extérieur : c'est le poids trop lourd qui arrête le mouvement du bras comme la mort d'un ami qui amène l'insuccès de nos tentatives pour le revoir. Cela est surtout vrai dans les actes sociaux où la défaite et l'humiliation sont déterminés par l'action triomphale du socius.

N'oublions pas qu'il est toujours difficile d'exprimer les sentiments par le langage, car le langage issu du commandement se rapporte toujours à des actes extérieurs faciles à percevoir et non à des états intérieurs qui ne sont pas objets de commandement ou d'obéissance. C'est pourquoi le langage populaire exprime le plus souvent les sentiments par des comparaisons avec des actes externes bien connus de tous auxquels les réactions de régulation ressemblent plus ou moins vaguement : les sentiments sont présentés comme des rapprochements, des écartements, des fuites, des défaites, des triomphes dans une bataille (*AE*, II, p. 609). Tous ces actes impliquent des mouvements de déplacement vers des objets extérieurs. Il s'agit toujours de l'écartement de quelque chose, de la fuite loin de quelque chose ou de quelqu'un, de la défaite par un ennemi plus fort. C'est pourquoi le candidat refusé à un examen maudit ses juges, l'individu malheureux accuse le destin, quand il n'accuse pas son voisin. L'angoisse est par elle-même objectivante et détermine à placer au dehors des actions ou des intentions qui ont joué un rôle dans l'échec. Je ne veux pas dire que l'accusation contre autrui soit ici une explication de l'échec, ce rôle de l'explication peut venir plus tard, mais il n'est pas nécessaire et au début l'angoisse amène des objectivations plus élémentaires. Dans le simple sentiment de l'échec, surtout de l'échec social, il y a une fuite loin de l'action, un renversement de l'action qui se présente comme un écartement de l'objet de l'action et surtout comme une peur de cet homme qui était l'objet de l'action sociale et dont les actes paraissent hostiles.

Ces réflexions sur le caractère objectivant de la réaction d'angoisse me paraissent facilement confirmées par l'observation des sujets angoissés. Sans doute la concordance de l'angoisse et de l'objectivation sociale ne semble pas toujours bien régulière. J'ai cité bien des exemples d'angoisse où le sujet semble

disposé à s'accuser lui-même (AE, II, p. 311). Reb., f., 32, en apparence très angoissée, se demande comment elle a pu provoquer ce bouleversement des astres qui va détruire l'humanité, elle ne sait pas bien comment elle y est mêlée, mais elle y est pour quelque chose « puisque dans tout acte qu'elle fait elle donne la mort à quelqu'un ». Ce sont là des cas qui demandent une analyse plus précise : Reb. est une ancienne obsédée scrupuleuse qui présente un délire qu'il serait peut-être plus juste d'appeler un délire psychasthénique plutôt qu'un délire mélancolique et qui conserve en partie, malgré l'angoisse, ses habitudes de subjectivation. Il faut dans des cas de ce genre rechercher s'il s'agit bien d'un délire mélancolique avec angoisse et non du sentiment de dévalorisation de l'inaction morose avec arrêt momentané et conservation de l'effort ; il faut dans d'autres cas rechercher s'il s'agit bien d'une action sociale où l'objectivation soit nette : on peut dans chaque cas interpréter les exceptions apparentes.

Une autre difficulté c'est que l'objectivation caractéristique de l'angoisse peut être incomplète : le sujet ne donne au socius qu'une partie de son action sociale, il en conserve encore une partie pour lui-même et la répartition n'est erronée qu'en partie. Cela se présente surtout quand l'acte n'est pas complètement sous forme de représentation, mais qu'il est au moins en partie exécuté complètement par les membres. L'observation de Mado, f., 40, est assez curieuse : cette femme sait bien que si elle parle, si elle rit, si elle tousse, si elle étternue, c'est bien elle-même qui fait l'acte avec sa langue, sa bouche, son nez, mais elle est mécontente parce qu'il parle comme elle et avec elle, qu'il rit avec elle, qu'il tousse, qu'il étternue avec elle. C'est une variété de l'écho de la pensée auquel de Clérambault donnait une si grande importance : je pense comme lui que c'est là une forme de début fréquente des sentiments d'emprise. L'action paraît être faite à la fois par le sujet et par le socius, la répartition est incomplète. Dans d'autres cas le sujet continue à faire l'acte lui-même : « Ce sont bien mes mains à moi qui font la lessive, dit Flavie, f., 44 », mais le commencement de l'acte de faire la lessive, l'initiative de l'acte ne lui appartient plus, « on me fait faire la lessive » Quelques jours plus tard, la malade entendra un commandement de faire cette lessive et l'ordre sera entièrement objectivé, mais au début de la crise il n'y avait qu'une partie de l'acte, l'initiative, la résolution, qui était objectivée. Il en est de même dans le sentiment de devinement : le sujet continue à s'attribuer à lui-même la pensée et même l'initiative de cette

pensée, il n'y a qu'un caractère de cette pensée, le secret, la possession exclusive, qui est accaparé par le socius. Les divers sentiments d'emprise, le sentiment d'imposition, comme le sentiment du devinement, comme le sentiment de l'écho ne sont que des attributions incomplètes à autrui d'une partie de l'acte que le sujet continue à faire lui-même, mais incomplètement ; cependant l'objectivation existe tout de même.

Si nous laissons de côté ces cas exceptionnels ou compliqués nous voyons que le plus souvent l'angoisse détermine une objectivation de l'acte représenté. Au cours du délire de persécution on observe perpétuellement cette objectivation quand le malade murmure lui-même des paroles qu'il prétend entendre au dehors et qu'il attribue à son persécuteur. Dans les états mélancoliques où l'angoisse domine mais qui ne sont pas considérés expressément comme des délires de persécution, le malade présente souvent ses propres craintes comme des intentions des autres et il les objective si bien qu'il leur donne souvent la forme de l'hallucination. Je rappelle la thèse déjà ancienne de M. Rochu Méry : « Les hallucinations dans la mélancolie » (1905), où sont décrites une foule d'hallucinations auditives tout à fait analogues à celles des persécutés. « Des voix insolentes, grossières, menaçantes accusent le malade de forfaits divers ». Il faudra revenir à ce propos sur l'étude des rapports entre le délire de persécution et la mélancolie déjà signalés par Griesinger et discutés autrefois d'une manière intéressante par M. Séglas ; il faudra tenir compte des beaux articles de M. Capgras sur les relations du délire de persécutions et des mélancolies périodiques.

On peut comprendre ces relations en étudiant le sentiment de l'échec dans l'acte de « la valorisation sociale » et la représentation de l'injure. Je disais à ce propos dans ma première étude : « L'acte d'injurier et l'acte d'être injurié sont réunis dans la conduite complexe de l'injure et le malade nous montre qu'ils peuvent être pris l'un pour l'autre... Beaucoup de malades ne distinguent guère, ils admettent qu'ils injurient leurs ennemis « qui le méritent bien » comme eux-mêmes se sentent injuriés. Mais l'angoisse intervient encore avec son rôle objectivant : le malade ne peut pas longtemps prendre le rôle actif dans ce langage et se représenter qu'il a prononcé lui-même les injures, car il ne joint pas à ce langage le sentiment de l'effort personnel, mais il y joint le sentiment d'échec subi et l'injure prend l'aspect du « être parlé », elle devient une injure que l'on reçoit d'un autre... Se représenter une formule verbale injurieuse, sentir qu'elle nous est imposée, que nous lui obéissons

puisque nous sentons l'humiliation, sentir qu'en nous la représentant nous sommes parlés, qu'elle vient du dehors, d'un autre homme, n'est-ce pas ce qu'on exprime ordinairement par le mot entendre ? (1).

Une étude plus intéressante pour la démonstration de cette hypothèse est celle des malades qui ne sont pas toujours des délirants persécutés, mais qui oscillent entre l'angoisse et les sentiments de triomphe. Ceux-ci dans une dépression passagère présentent, pendant un certain temps, l'objectivation sociale sous la forme de sentiments d'emprise, puis cessent de la présenter quand l'angoisse disparaît. En 1919 (*Médications psychologiques*, 1919, II, p. 176), j'ai décrit trop brièvement les sentiments de devinement que présentait Emile, h., 20, qui cachait sa figure avec son chapeau et qui avait peur qu'on ne devinât au travers du chapeau et de la tête « ces petites pensées ridicules qu'il avait bien le droit de garder pour lui ». Ce que je n'ai pas pu dire à cette époque et ce que la suite de l'observation m'a montré, c'est que ces sentiments de devinement n'étaient pas constants et qu'ils se présentaient seulement pendant certaines périodes d'anxiété. Dans ces périodes Emile se sentait vaincu par un individu qui pénétrait ses pensées et les tournait en ridicule, puis quand l'angoisse cessait il n'était plus vaincu et gardait bien ses pensées pour lui : on trouvera bien des exemples du même genre dans l'article de M. Capgras.

Le changement est encore plus net dans l'observation de Ks. Cet homme, marié à une femme plus âgée que lui, ne peut s'empêcher de penser souvent aux actes sexuels avec une autre femme plus jeune : « mais, dit-il, il ne cède pas à la tentation ». Après avoir assisté à l'enterrement de sa grand'mère qu'il aimait beaucoup et après une grippe prolongée il est épuisé, amaigri, triste et très souvent angoissé. C'est à ce moment qu'il présente un délire de jalousie, accusant sa femme de l'avoir trompé et de chercher à le tromper encore. Quand il se porte mieux après un repos et quand il a engraisé de quatre kilos, il ne songe plus à accuser sa femme et reconnaît que ce sont des tentations qui traversent son propre esprit : il a passé de l'objectivation à la subjectivation à propos de la même idée.

Dans d'autres cas peut-être plus curieux on peut noter une objectivation sociale momentanée en rapport avec une angoisse passagère et j'ai été intéressé par l'observation suivante qui a été fortuite. Myrthé, f., 42, à laquelle j'ai déjà fait allusion en

(1) *Journ. de Psych.*, 15 avril 1932, p. 420.

rappelant les changements de ses sentiments sur ses petites compositions poétiques, est venue seule chez moi, inquiète avec raison, de certains troubles qu'elle trouve elle-même anormaux : elle est évidemment au début d'un délire de persécution à la phase de construction des sentiments d'emprise, mais elle se montre cependant encore intelligente et relativement confiante. Pour une raison quelconque j'ai été amené à lui offrir un verre d'eau : elle change immédiatement d'attitude, rougit, pâlit, respire péniblement et repousse le verre avec horreur. Comme je parais étonné, elle murmure : « Excusez-moi, j'ai eu peur de toucher ce verre... J'ai eu une idée, un sentiment... que vous l'aviez empoisonné pour faire une expérience sur moi. » Il s'agit ici d'un acte social, accepter une boisson offerte par un autre, dans laquelle il y a deux termes, le sujet qui doit boire et le médecin qui offre le verre. Les idées délirantes de la malade, à propos de l'empoisonnement que j'ignorais à ce moment, ont rendu cet acte non seulement difficile, mais angoissant, et ont amené l'arrêt complet de l'acte, la fuite de l'acte qui lui donne un caractère odieux, celui de l'empoisonnement. Mais l'attention n'est pas dirigée vers le sujet qui doit accepter le verre d'eau, l'essentiel de l'acte et le caractère odieux sont attribués à l'action du médecin, le sujet ne dit pas : *je* me sens empoisonné, mais *vous* m'empoisonnez, l'acte n'est pas seulement péjorisé, il est objectivé. Sans doute cette objectivation ne dure pas longtemps, car la malade se calme et parle de nouveau avec confiance, mais l'angoisse et l'objectivation réapparaissent dès que je touche au verre d'eau : la relation entre l'angoisse et l'objectivation est ici bien nette.

Malgré quelques difficultés, il en est au fond exactement de même pour le sentiment de la joie et pour la réaction de triomphe qui la caractérise. L'acte en cours d'exécution est aussi arrêté définitivement, non plus parce qu'il est impuissant pour écarter la stimulation nocive, pour déterminer l'ab-réaction, mais parce qu'il est devenu inutile car le succès de l'acte a déjà écarté cette stimulation. Ces deux réactions de l'échec et du triomphe sont au fond très voisines l'une de l'autre, c'est ce qui amène si souvent les oscillations, les remplacements de l'une par l'autre. La différence se trouve dans l'utilisation, le emploi des forces mobilisées pour l'action, qui dans la réaction de triomphe ne sont pas entièrement dépensées et qui libérées par l'arrêt se répandent dans tout l'organisme. « Après le succès, disions-nous, l'action précédente est devenue inutile ; les forces résiduelles sont complètement libres, elles sont employées dans des gaspil-

lages qui les disséminent dans les autres tendances ou dans les fonctions organiques auxquelles elles apportent du réconfort. » Dans cette réaction du triomphe, dans le gaspillage même il reste souvent une petite partie d'efforts et j'ai montré qu'on peut ajouter des forces nouvelles même dans le triomphe. Mais ce n'est là qu'une exception. En général le succès supprime la plupart des efforts et nous met dans un état de passivité. L'état de jouissance est comme la tristesse et pour les mêmes raisons difficile à exprimer et l'homme le traduit presque toujours par une comparaison avec l'état de repos qui survient après cessation de la lutte contre un ennemi abandonnant le combat et se déclarant vaincu. L'essentiel de l'acte n'est plus fait par nous qui sommes dans le repos, il est fait par l'ennemi qui cède et qui reconnaît sa défaite, et nous sommes encore ramenés à l'objectivation de cette partie essentielle de l'acte.

En général l'observation des délires de grandeur justifie cette interprétation : les délires de grandeur sont essentiellement des délires de bienveillance dans lesquels le sujet sent que les autres hommes le suivent, lui obéissent, l'honorent et le flattent indéfiniment ; il est roi parce qu'on le traite en roi. Le malade Alexandre sur lequel j'ai beaucoup insisté attribue sa nomination de généralissime au Président de la République, il entend le peuple qui crie derrière le mur : « Vive Alexandre » ; il reçoit du Président de la République son hôtel de l'avenue du bois et son cuisinier merveilleux. Dans ces délires il y a moins qu'on ne le croit une conduite de subjectivation dans laquelle le malade s'attribuerait à lui-même des actions importantes et toutes sortes de mérites. Cette conduite, quand elle apparaît, est secondaire à un sentiment plus primitif de l'approbation faite par les autres. Il y a dans ces délires comme dans la persécution une objectivation sociale intentionnelle en relation avec la réaction de triomphe comme la précédente était en relation avec la réaction de l'échec.

Mais d'autre part on ne peut nier qu'il n'y ait dans les délires de grandeur plus souvent que dans les délires de persécution des subjectivations assez nettes. Le même Alexandre sait bien que c'est lui qui m'invite à son déjeuner merveilleux, que c'est lui qui plante le drapeau français dans la neige du pôle Nord, que c'est bien lui qui la nuit envahit en avion un camp allemand et enlève les généraux et les plans de bataille. C'est qu'il y a, comme je viens de le rappeler, dans l'action sociale triomphale une part d'efforts personnels plus grande que dans l'angoisse. Quand le triomphe flatte la vanité personnelle du sujet et le pousse à la

recherche d'une excitation encore plus grande il aura des subjectivations. Les phénomènes sont peut-être plus complexes que dans la réaction de l'angoisse, mais en général l'influence de la réaction de triomphe sur les représentations est en grande partie objectivante.

En résumé, la répartition des actes sociaux dans l'un des trois groupes essentiels, actions imaginaires et irréelles, actions du sujet, actions du socius, est en général assez facile et correcte quand il s'agit de la perception de l'acte réellement exécuté au moment présent ; elle est beaucoup plus délicate et plus exposée à l'erreur dans la représentation des actes passés ou futurs.

Un grand nombre de conditions jouent un rôle dans cette répartition des représentations, les souvenirs exacts de la perception surtout chez les individus bien portants reste essentielle. Mais quand les souvenirs sont faibles et instables, les sentiments prédominants au moment de la représentation dirigent celle-ci dans un sens ou dans l'autre. Le sentiment du vide conduit le plus souvent à considérer les actes comme imaginaires et irréels. Le sentiment de l'effort et le sentiment de la fatigue disposent à la subjectivation, les sentiments terminaux du triomphe et surtout de l'angoisse dirigent vers l'objectivation.

Ces phénomènes sont grossis dans certaines maladies, mais on les retrouve un peu atténués dans la vie normale. Dans les grands chagrins nous avons de la peine à ne pas accuser autrui et quand nous avons de grandes joies nous avons de l'amour pour les autres et nous sommes disposés à les considérer comme la source de notre bonheur. Le rôle des sentiments fondamentaux de l'effort et de la fatigue dans la subjectivation, de la tristesse et de la joie dans l'objectivation apparaissent comme une loi générale dont l'application est quelquefois exagérée dans la maladie.

7. — Le personnage

Si nous laissons de côté pour le moment la représentation des actes considérés comme irréels et le monde imaginaire, l'attribution des actes représentés au sujet ou au socius fait faire un grand progrès à la notion de la personnalité. Le sujet et le socius qui n'étaient au début que des objets perceptifs distincts, qui avaient déjà été perfectionnés par l'action présente et la réaction à cette action et qui étaient devenus des objets sociaux prennent un nouveau développement. Non seulement des actions pré-

sentes et des réactions momentanées sont rattachées à l'un et à l'autre et deviennent partie intégrante de leur contenu, mais des représentations s'y ajoutent et l'objet social devient *le personnage* (1).

Cette construction du personnage est relativement tardive car elle suppose, comme on le verra, le langage et la croyance élémentaire. M. Wallon, dans l'article cité, p. 782, admet que vers l'âge de trois ans l'enfant commence à essayer le pouvoir de sa propre personnalité et qu'il commence également les idées de propriété. Quelle que soit l'époque du début de sa formation, cette phase du personnage n'a pas seulement une grande importance psychologique et historique, mais aussi elle a une grande importance au point de vue de la pathologie. Vis-à-vis des autres et vis-à-vis de nous-mêmes nous sommes des personnages, des individus capables de jouer un rôle particulier grâce aux pouvoirs qu'ils possèdent ; d'autre part un grand nombre de délires sont des délires du personnage chez des sujets qui croient les autres et qui se croient eux-mêmes capables de jouer le rôle de certains personnages malgré les difficultés et les absurdités de cette croyance (2).

Le personnage présente sur certains points une transformation de la personnalité, mais il conserve un caractère essentiel sur lequel je n'avais pas insisté d'une manière suffisante dans mes études précédentes. Le personnage est une modification de la personnalité qui porte à la fois sur toutes les formes précédentes, *sur la personnalité du sujet et sur celle du socius*, car toutes les deux prennent à la fois la forme du personnage. Le socius ne peut pas devenir un personnage particulier sans que le sujet devienne aussi un personnage correspondant et complémentaire : l'un ne peut pas devenir chef sans que l'autre devienne sujet. Le socius ne peut pas prendre le personnage de persécuteur sans que le sujet prenne le personnage de persécuté ; si le sujet garde le personnage de persécuté on ne peut pas espérer enlever au socius le personnage de persécuteur, c'est là une remarque qui a une certaine importance au point de vue du traitement. Les caractères que nous avons à relever sur le personnage sont donc toujours doubles et se retrouvent à la fois chez le sujet et chez le socius. C'est ce que prévoyait autrefois Josiah Royce : « Même quand nous sommes seuls, les habitudes acqui-

(1) Cf. les deux leçons sur le personnage dans *le cours sur l'évolution de la personnalité*, 1929, p. 319.

(2) *Cours sur l'évolution de la personnalité*, 1929, p. 321.

ses dans les relations sociales se conservent et s'appliquent à notre propre esprit, nous n'avons pas d'habitudes relatives à notre personnalité qui ne restent des habitudes sociales » (1).

Par conséquent, tout ce que nous pouvons dire sur le personnage s'applique à la fois aux deux formes de la personnalité sociale, à la personnalité du sujet et à la personnalité du socius qui sont ici encore tout à fait inséparables. On peut seulement remarquer que suivant les cas et suivant la direction de l'attention déterminée par les sentiments, l'un des personnages est plus remarqué que l'autre et que le malade en parle davantage : dans les délires qui ont à leur point de départ des phénomènes de subjectivation, le sujet se préoccupe plus de son propre personnage et nous sommes disposés à oublier trop le personnage qu'il donne aux autres ; dans les délires avec objectivation sociale, le sujet ne se préoccupe plus du personnage du socius et nous oublions trop souvent que le point de départ est le personnage qu'il se donne à lui-même. Souvent, si je ne me trompe, la première forme a préexisté à la seconde et le sujet a été obsédé pendant des années par le personnage humilié qu'il s'attribuait à lui-même avant de nous parler exclusivement du personnage méprisant et dominateur qui le tourmente maintenant. C'est là une question qu'il faudra revoir en suivant l'évolution des malades persécutés dans leur jeunesse. Cette différence n'est donc qu'une apparence : il sera toujours facile et utile de mettre en évidence l'autre personnage plus ou moins dissimulé.

Le personnage des autres et de nous-mêmes est un composé complexe comme était déjà l'homme social du stade précédent, mais il contient des éléments plus nombreux. Nous y retrouvons d'abord, bien entendu, le corps du socius et notre propre corps du stade perceptif, puis les actions présentes et les réactions à ces actions qui caractérisaient le stade social. Il ne s'agissait dans ce stade que des actions réellement consommées dans le moment présent, qui pouvaient devenir objets de perception. Il s'agit, bien entendu, des actes qui sont considérés comme présents par un observateur, car le sujet à ce stade ne fait pas encore la distinction du présent.

Au stade du personnage s'ajoutent les actes qui ne sont pas actuellement consommés et qui par conséquent ne peuvent être objets de perception, les actes passés ou futurs simplement

(1) Josiah ROYCE. — *Psychological review*, 1895, p. 454.

représentés et qui ont été les objets des répartitions précédentes. Les personnages du sujet et du socius ne contiennent donc pas seulement les actes qui sont faits actuellement par l'un ou par l'autre, mais en outre les actes qu'ils ont faits ou qu'ils feront et les actes qui sont encore simplement sous formes d'intentions. Sans doute, aux différentes époques et probablement dans différentes maladies, toutes ces représentations et toutes ces intentions ne sont pas également intégrées dans les personnages du socius ou du sujet. Les primitifs décrits par M. Lévy-Bruhl paraissent se représenter les actes passés et les intentions de leur groupe mieux que les leurs et ils semblent construire mieux le personnage du groupe que le leur ; mais après des oscillations ces représentations des actes passés et ces intentions font partie intégrante des personnages aussi bien du socius que du sujet (1). C'est l'ensemble de ces représentations des actes passés, des actes futurs et des intentions ainsi que la répartition de ces représentations qui s'ajoutent aux actes consommés dans le présent pour constituer le personnage.

Ces représentations des actes passés et futurs de l'un et de l'autre introduisent dans la personnalité une notion nouvelle d'une importance capitale, la notion des *pouvoirs* ; vis-à-vis des autres et vis-à-vis de nous-mêmes nous ne sommes pas seulement des individus qui faisons tels actes, mais nous sommes surtout des individus capables de faire des actes particulier, qui ont un certain nombre de pouvoirs particuliers. Il faut se défendre non seulement contre des actes actuellement exécutés, mais contre les intentions visibles ou cachées et contre les pouvoirs de les amener à l'exécution.

Cette notion des pouvoirs a la plus grande importance, car elle va être le point de départ de la notion capitale de force. Dans un travail précédent (*Cours sur l'évolution de la personnalité*, 1929, p. 299, 319), j'ai essayé de préciser son origine psychologique. J'ai été amené à écarter quelques interprétations à mon avis insuffisantes et à donner à cette notion de pouvoir une origine sociale dans les conduites intentionnelles considérées comme des réactions aux intentions des autres. Toutes les intentions perçues ou soupçonnées chez le socius ne provoquent pas chez le sujet les mêmes réactions. Tantôt ces intentions chez un certain socius paraissent redoutables parce que le sujet a pris l'habitude d'attendre leur exécution, tantôt chez un autre homme elles ne sont pas prises au sérieux parce que l'expérience

(1) *L'intelligence avant le langage*, 1936, p. 69.

a montré que chez celui-ci elles n'arrivent pas à l'exécution et dans ce cas elles ne provoquent pas de réaction de précaution. Dans le premier cas il s'agit d'un homme fort et dans le second d'un homme faible. Le fait de m'attendre à un certain acte de la part du socius à la suite de ses intentions ou le fait de refuser de m'en préoccuper est le point de départ dans mon esprit de cette notion qu'il a un pouvoir ou qu'il n'en a pas. Cette notion s'applique également au sujet lui-même qui se donne ou se refuse certains pouvoirs suivant qu'il s'attend à la réalisation de ses intentions ou qu'il ne s'y attend pas.

Cette notion de pouvoir combinée avec l'acte de la production formera plus tard la notion de cause (1). Mais la conséquence qui est pour nous en ce moment la plus intéressante c'est qu'elle contribue à préciser la distinction entre les différents hommes. Les actions sociales, comme on vient de le voir, impliquent toujours une collaboration et sont toujours divisées entre plusieurs hommes. Attribuer à un individu le pouvoir de faire une certaine action sociale c'est le distinguer des autres et c'est aussi déterminer le rôle des autres qui feront forcément l'action complémentaire. Si l'un a le pouvoir de commander, il faudra bien que les autres fassent les actes de l'obéissance ; si l'un a le pouvoir de faire du mal, l'autre sera réduit au rôle de victime. Ce sont ces pouvoirs de chacun qui déterminent la situation et le rôle des personnages dans la cité.

Ces notions des pouvoirs permanents d'un individu et de ses socii donnent naissance à un autre élément important de la personnalité sociale, à la *hiérarchie sociale*. Dans les stades précédents il y avait déjà des grands et des petits, des forts et des faibles. Mais ces qualités perceptives n'avaient d'importance qu'au moment de l'acte actuel ; elles se complètent par la considération des actes passés et futurs, des pouvoirs et deviennent une caractéristique de la représentation de tel ou tel individu. Le chef devient celui qui est représenté comme commandant toujours, le sujet est représenté comme obéissant toujours. Elles se complètent aussi par l'importance inégale attribuée à telle ou telle conduite dans l'ensemble de l'acte social, car il y a dans l'action sociale une partie essentielle et des parties secondaires. L'individu qui a le pouvoir de faire la partie essentielle de l'acte a un pouvoir plus grand que celui qui est réduit à la partie accessoire. Celui qui a l'initiative de l'acte et le pouvoir

(1) *Cours sur la personnalité*, p. 304-306 ; *Les débuts de l'intelligence*, 1935, p. 190.

de commander est plus puissant que celui qui est réduit à l'obéissance.

Des jugements intellectuels élémentaires ont déjà créé les conduites relatives qui mettent des objets au-dessous les uns des autres. Ces jugements sont appliqués aux situations des différents hommes et ceux-ci se rangent dans un ordre analogue à celui des objets superposés : cet ordre hiérarchique devient un élément important de leur personnage. Ces notions sur la situation sociale se manifestent dans les attitudes et dans les conduites, dans la place occupée dans les défilés, dans les diverses situations. Ces situations hiérarchiques accompagnées les unes d'un sentiment de triomphe, les autres d'un certain sentiment d'angoisse entraînent des luttes et des concurrences qui sont les conduites de la *valorisation sociale*. Ces conduites sont faciles pour les uns, difficiles pour les autres qui présentent tous les troubles de la timidité. Remarquons en passant que ces notions sur la hiérarchie sociale ne pourraient pas exister si le sujet n'avait que le sentiment de sa propre personnalité. Il n'a une situation sociale que parce qu'il a simultanément la représentation du personnage des autres et du sien. Ces notions de relation, de rapports sociaux supposent toujours deux termes entre lesquels se placent des conduites intermédiaires et les personnages ne peuvent être ainsi superposés que parce qu'ils sont multiples.

Ces éléments très nombreux qui ont envahi la personnalité sont exprimés par le langage et amalgamés par un acte de synthèse dont nous voyons précisément un exemple dans les jugements de relation sociale précédents. C'est sur cette synthèse et ces jugements que se porte l'acte de la croyance élémentaire : nous savons en effet que les rapports entre les choses ne sont que des croyances superposées à des conduites intermédiaires (1).

Ce travail réunit les éléments dans une représentation d'ordre élémentaire plus facile à exprimer, comme nous l'avons déjà vu à propos de l'expression des sentiments. Le sujet se compare, s'identifie ainsi que le socius à un objet vivant ou même matériel qu'il connaît déjà, et qu'il unifie par un acte perceptif ou social. Il affirme qu'il est une plante, un animal ou un homme ayant déjà à ses yeux une apparence simple et distincte. Pour exprimer et préciser cette croyance il prend l'attitude, les manières de cet être, il demande aux autres de le saluer d'une certaine

(1) Cf. *L'intelligence avant le langage*, 1936, p. 263.

manière caractéristique comme ils feraient vis-à-vis de l'objet auquel il s'assimile par la croyance et bien entendu il adopte la même conduite à l'égard de son socius.

Nous reconnaissons facilement ce personnage ainsi construit quand il est bizarre, très différent des attitudes normales des autres hommes : je rappelle encore une fois une observation qui m'avait autrefois amusé et instruit (1). Une femme de 35 ans avait été très émue par la vue d'une lionne dans une ménagerie, de retour à l'hôpital elle marchait à quatre pattes, rugissait et cherchait à mordre les mollets de ceux qui l'approchaient, elle se comportait comme la lionne, elle jouait le personnage de la lionne. Un petit jeune homme de 14 ans, très ému par la mort de son frère à l'hôpital, prenait des airs graves, percutait le dos des chaises, se baissait et tendait l'oreille pour l'auscultation et dictait des formules de médicaments : il jouait le rôle d'un médecin d'hôpital. On connaît bien des personnages de ce genre, la somnambule extra-lucide, le personnage de Napoléon ou du D^r Phinuit présentés par des médiums, le mélancolique qui est condamné à mort, ou bien notre malade Alexandre qui pendant plus d'un an, a été le généralissime des armées françaises et alliées : dans bien des troubles mentaux il faudra retrouver le personnage.

Mais ne nous faisons pas trop d'illusions, l'homme qui se croit normal et qui ne joue pas des rôles aussi absurdes n'échappe pas à cette obligation du personnage. Il sait être le magistrat austère, le brillant officier, le grave professeur, le joyeux compère ; il adopte même plusieurs personnages selon les circonstances : des femmes peuvent être des anges au dehors et des démons dans la famille. Dans une étude intéressante sur la personnalité M. Ramon Fernandez, 1928, reprend aussi ce rôle du personnage qu'il étudie surtout « d'après l'incomparable expérience du roman ». Il insiste sur la complexité de l'homme « qui est à la fois tel qu'il se sent et tel qu'il se montre, qui se construit une conduite factice par l'imitation de l'homme qu'il veut être... L'homme est souvent un non-être maquillé avec une personnalité fantôme dont il se réserve l'exclusivité (2) ». Il ne faut pas trop s'étonner car le personnage est un stade nécessaire de l'évolution de la personnalité.

Ce personnage qui paraît ridicule rend de grands services et prépare le « moi » du sujet et du socius. Le personnage étant

(1) *Cours sur l'évolution de la personnalité*, 1929, p. 322.

(2) Ramon FERNANDEZ. — *La personnalité*, 1928, p. 81.

social présente toujours un aspect réciproque qui précise l'attitude du sujet vis-à-vis du socius, car il n'est complet que s'il pose un partenaire capable de lui bien donner la réplique. Si nous sommes un personnage triomphant et orgueilleux il faut qu'il y ait devant nous un autre homme humilié et le personnage ordonne la situation des hommes les uns à côté des autres ou les uns au-dessus des autres. Cette croyance au personnage simplifie nos conduites en leur donnant un caractère général et commun, elle donne de l'unité à une multitude d'actes qui seraient indéfiniment variés s'ils n'étaient déterminés que par les stimulations extérieures. Bien souvent le fait de jouer un personnage détermine des efforts et des progrès, il devient le point de départ d'une excitation qui relève tout l'organisme. Prenez une petite femme qui s'ennuie, disais-je autrefois à propos des traitements miraculeux et des traitements par le magnétisme animal, sans intérêt et sans rôle dans la vie et faites lui comprendre qu'elle va devenir une miraculée de la Sainte-Vierge ou une somnambule extra-lucide capable de traverser par la pensée le temps et l'espace d'étonner les hommes et de les combler de bienfaits ; faites-lui comprendre qu'elle va collaborer avec un homme supérieur à qui elle donnera son temps, sa vie, un peu de son amour pour qu'il fasse grâce à elle un livre merveilleux qui sauvera l'humanité n'est-il pas évident qu'elle va être transformée moralement et physiquement ?... Il s'agit là de l'excitation nerveuse procurée à un individu par le rôle qu'on lui fait jouer (1). »

Mais cette unité du personnage est chèrement payée : elle est tout à fait artificielle et ne peut s'établir qu'en négligeant une quantité d'actions et d'intentions qui ne sont pas d'accord avec les attitudes surajoutées. Le personnage de la lionne mord avec beaucoup plus de discrétion les mollets du médecin que ceux des malades. Avec ses griffes, la lionne étale par terre le contenu d'un tiroir, elle choisit des photographies d'enfants et les dévore ; quoiqu'elle se soit repue de petits enfants en effigie, elle accepte sa soupe et la mange avec une cuiller c'est une assez pauvre lionne, mais un acteur maladroit fait ce qu'il peut. Le parfait magistrat ou le professeur idéal montrent perpétuellement des contradictions du même genre et nous ne devons pas être surpris si le persécuté présente des bizarreries dans son rôle de victime, s'il continue à lire le journal après nous avoir dit qu'on vient de lui arracher les deux yeux. Ces insuffisances dépendent de la

(1) *Les médications psychologiques*, 1919, I, p. 40.

construction même du personnage qui est fait par une croyance encore très élémentaire et maladroite (1).

La croyance élémentaire qui crée le personnage se présente sous la forme de l'opération de la réalisation sur laquelle j'ai déjà présenté une étude (*Annales Médico-Psychologiques*, octobre 1935) dont je ne puis maintenant que résumer les conclusions.

La réalisation est une conduite de langage et de croyance qui joue un rôle essentiel dans la vie sociale ; elle exprime pour les autres et pour nous-mêmes les principaux événements de notre vie de telle manière que les socii et nous-mêmes nous puissions rattacher autour d'un de ces faits les actions passées, futures et présentes. C'est une manière de socialiser nos actes et nos situations individuelles en les mettant sous une forme accessible aux autres grâce à laquelle nous pouvons collaborer. La vie sociale nous impose non seulement d'avoir un nom et un présent, mais encore de réaliser une foule de faits importants de notre vie : une jeune fille qui vient de perdre sa mère, qui a assisté à sa mort et à son enterrement n'a pas le droit de ne pas réaliser que sa mère est morte et de n'en tenir aucun compte dans ses actions sociales ni dans ses croyances personnelles.

Cette opération ne doit pas être considérée comme un acte simple et primitif analogue à la perception ce n'est pas non plus une simple concentration de l'attention car la perception reste correcte malgré les plus singulières interprétations et elle n'est pas modifiée par l'effort. C'est une manière d'exprimer le fait par le langage en substituant au récit exact de la perception un autre récit plus personnel, plus conforme à l'état sentimental du sujet pour en faciliter la réalisation (2). Quand la perception n'est pas conforme à cet état sentimental, le sujet ne peut l'exprimer, l'enregistrer, la transformer en croyance commune. Il n'y parvient que par une *substitution* qui remplace l'expression de la perception par une expression sans doute aussi voisine que possible, mais plus capable d'être acceptée par lui et de faire partie du récit de sa vie.

Dans bien des cas cette transformation du fait pour le rendre réalisable est elle-même trop difficile et nous assistons alors à une conduite bien singulière, celle de la réalisation négative ou de la non-réalisation. Celle-ci supprime non pas la perception, ni le souvenir élémentaire, mais l'expression et la croyance

(1) *De l'angoisse à l'extase*, I, p. 306, 307.

(2) *Op. cit.*, p. 361.

sociales. Une femme que j'ai déjà décrite, Kji. f. 60, semble refuser de réaliser les faits qu'elle entend raconter ou qu'elle constate mais qui lui déplaisent. « Un tel n'est pas mort, ce n'est pas possible, la lettre de faire-part est une mauvaise plaisanterie... Ce château qu'elle a vu autrefois n'est pas brûlé, ce n'est pas possible, on l'imprime, pour s'amuser. » Lui apporte-t-on son repas à l'heure ordinaire mais quand elle n'est pas prête, elle nie que ce soit l'heure convenue et affirme que toutes les pendules de la maison ont été dérangées pour lui causer des ennuis. Sans doute ces malades, tout en affirmant violemment semblent avoir une vague conscience de la vérité et savent que leur vérité à eux est dans un monde à part. Ils sentent vaguement que le fait existe d'une certaine manière ; ils se conduisent comme ces malades hystériques que je décrivais autrefois qui parmi des papiers étalés sur la table déclarent ne pas voir le papier sur lequel j'ai écrit le mot « invisible ». Cela montre bien que les opérations élémentaires sont restées correctes et qu'il n'y a de trouble que dans une certaine forme de la croyance sociale.

Cette remarque montre aussi, comme nous aurons d'ailleurs à l'étudier encore, la différence profonde si bien indiquée autrefois par MM. Sérieux et Capgras entre les hallucinations et les fausses interprétations. Dans les vraies hallucinations et le persécuté il y a un trouble bien plus profond qui porte sur la confusion et la mauvaise répartition des actes sociaux, dans les délires d'interprétation ces troubles n'existent en aucune manière et l'organisation élémentaire des actes sociaux reste tout à fait correcte : le trouble porte sur des opérations psychologiques d'un ordre plus élevé la réalisation et dans la réalisation sur l'appréciation de la valeur sentimentale des actes justement attribués aux autres hommes.

Si nous revenons à l'étude du personnage nous voyons que la réalisation prend une forme particulière quand il s'agit de réaliser certaines conduites du sujet et du socius l'un vis-à-vis de l'autre et de constituer le personnage de l'un et l'autre : cette conduite particulière peut prendre le nom de l'acte de *l'adoption* (1).

Mes premières descriptions de l'acte d'adoption étaient incomplètes : j'étudiais surtout ce que l'on peut appeler les adoptions heureuses qui se présentent quand le sujet adopte un

(1) Cf. *Les médications psychologiques*, 1919, III, p. 411-417 ; *Cours sur la personnalité*, 1929, p. 335-336.

directeur, quand il le transforme dans sa croyance en un personnage merveilleux et tout-puissant capable non seulement de le diriger, mais de le réconforter indéfiniment, quand il se considère lui-même comme un tout petit personnage dans la main du directeur transformé par lui et heureux de vivre par lui. On trouve un acte d'adoption analogue dans les passions de l'amour : le prétendu coup de foudre est un acte d'adoption, préparé sans doute mais en apparence très rapide, on le retrouve aussi dans certaines conversions.

Mais l'acte d'adoption peut être beaucoup plus général et prendre des formes mauvaises et haineuses au lieu de ces formes d'amour. Dans certaines circonstances un malade adopte pour un certain socius, le personnage de persécuteur et pour lui-même le personnage de victime. On retrouvera dans ces formes mauvaises les mêmes variétés et les mêmes lois. Le socius prend le personnage d'un persécuteur idéal comme tout à l'heure d'un directeur idéal. Il ne s'occupe plus qu'à persécuter sa victime, il ne peut plus penser à autre chose et il dispose de pouvoirs merveilleux. Ce persécuteur devient presque toujours une sorte de démon comme le bienfaiteur devient un Dieu. Bien des délires, comme bien des croyances religieuses ne peuvent être expliquées que par une analyse plus complète du personnage et de la croyance sentimentale toujours sans critique et sans nuances. Si l'acte d'adoption du directeur est important dans le traitement, l'acte d'adoption du persécuteur marque une étape importante dans l'évolution de la maladie.

Nous venons de remarquer que dans tous ces actes de réalisation, de non-réalisation, d'adoption, il y avait toujours une apparence de comédie et de jeu. Nous disions déjà à propos du délire d'Alexandre qu'il avait l'air de jouer la comédie du généralissime : sans doute il n'avait pas la conscience du jeu, mais il avait cependant la conduite du jeu. C'est le jeu qui amène la suppression de tous les faits contradictoires, de toutes les objections car l'essentiel du jeu consiste à ne conserver que ce qui facilite l'action et lui permet d'arriver au triomphe sans de grandes dépenses. C'est cette suppression analogue à une sorte de « scotomisation » qui rend si difficile les discussions et les traitements. Ces actions de jeu ne sont donc pas déterminées par des phénomènes intellectuels communs à tous les hommes du groupe mais par les sentiments propres à l'individu lui-même qui cherche par le jeu à supprimer une dépression et à produire une excitation.

C'est ce qui est bien visible dans la constitution du person-

nage : sans doute il garde d'abord les caractères qu'avaient les personnalités des stades précédents mais ce qui lui est ajouté et ce qui le caractérise maintenant c'est la valeur donnée par le sujet aux conduites qu'il a attribuées au socius. Le personnage à ce niveau est construit uniquement à un point de vue égocentrique, ses actions sont toujours favorables au sujet ou défavorables et, c'est toujours un personnage ami ou ennemi.

Tout dépend donc des conditions sentimentales dans lesquelles est construite la croyance à ce personnage. Les croyances élémentaires étant avant tout des croyances sentimentales elles sont déterminées par des régulations qui accompagnent les conduites vis-à-vis de cet individu : ces conduites peuvent être des actions sociales avec effort qui rendent le socius intéressant, des actions sociales avec fatigue et rétrécissement qui donnent au socius un caractère antipathique, des actions avec angoisse ou avec triomphe qui donnent au personnage du socius un aspect odieux ou un aspect séduisant. « Il y a toujours, comme disait Cotard, prédominance du sentiment et faiblesse relative de l'intelligence (1). »

Pour le comprendre, reprenons l'étude d'un sentiment particulier, celui de l'angoisse et constatons dans ce sentiment un nouveau caractère qui s'ajoute à celui de l'objectivation. Les malades mélancoliques qui ont des angoisses présentent souvent un délire d'un aspect particulier que j'ai désigné sous le nom d'idées catastrophiques : aux yeux du sujet tous les actes qu'il exécute aboutissent fatalement à d'épouvantables catastrophes. Cela est naturel puisque les actes subissent alors uniquement la régulation de l'échec qui les arrête toutes comme impuissants à conjurer le danger menaçant (2). Dans l'état de pression ou même dans l'état de fatigue le malade est mécontent de son acte et il veut l'arrêter ou le changer, mais il ne veut pas l'abandonner complètement il fait encore des efforts pour le perfectionner, il réclame encore de l'aide et de la surveillance. Le grand mélancolique angoissé ne réclame aucune aide, ne veut plus faire aucun effort car pour lui l'acte est définitivement mauvais et irréparable.

Cet acte et même le sentiment qui l'accompagne sont extériorisés et objectivés suivant des lois que nous avons indiquées et l'objet de l'acte prend une apparence odieuse parce que l'acte perceptif est devenu odieux. Quand Cc., h., 58, commence à

(1) COTARD. — *Maladies cérébrales et mentales*, 1891, p. 491.

(2) *De l'angoisse à l'extase*, II, p. 319, 610.

voir que tous les objets autour de lui deviennent sales, c'est qu'il a dépassé l'état psychasthénique dans lequel il est d'ordinaire et qu'il commence une nouvelle crise de mélancolie (1). « C'est bête, dit-il, je ne puis plus désirer quelque chose sans le rendre tout de suite répugnant... La réalité me devient hostile. » Une malade s'étonne elle-même que tous les objets deviennent sales quand elle les regarde : « Les objets, dit-elle, ne peuvent pas devenir sales tous à la fois, c'est moi qui dois voir salement ». Une autre trouve répugnant tout ce qu'on lui offre à manger et malpropres toutes les pièces de l'appartement : « Le balcon n'est bon que pour y faire pipi. » Les sentiments sont inversés, ce qui était beau, brillant, favorable prend le caractère opposé, devient laid, sombre, mauvais. M. A. Hut-ter (de la Haye) fait allusion à ce fait (1932) en décrivant l'idée de la ruine du monde que présentent souvent ces malades.

Cette transformation des objets dans un sens mauvais peut être appelée la *péjoration* qui ne doit pas être confondue avec la dévalorisation précédente par les sentiments de fatigue et les réactions de la halte. Dans celle-ci les objets perdent leur valeur bonne qui excitait les actes de rapprochement, dans la péjoration les objets prennent une valeur mauvaise en relation avec les actes d'écartement.

Quand il s'agit des actes sociaux, ces opérations de qualification donnent des résultats un peu différents suivant que la répartition sociale précédente a été effectuée plus ou moins correctement. D'une manière générale le sentiment d'angoisse apporte une coloration mauvaise à l'objet de l'action sociale. Cet objet, quel qu'il soit, devient odieux, dangereux et comme il s'agit d'un homme devient un personnage ennemi : le sentiment à son égard devient celui de la haine.

La haine n'est pas simplement la conduite perceptive de la lutte du combat, de la destruction ; elle contient une disposition à exagérer les attaques, à transformer en attaques les actes les plus insignifiants du socius. Elle contient un appel à ces vieilles tendances à la lutte par un sentiment particulier qui transforme les conduites. « Le même acte est transformé suivant qu'il est envisagé sous la forme du succès ou sous la forme de l'échec (2). »

La haine n'apparaît pas à mon avis avec l'effort, ni même avec l'obsession : un obsédé inquiet n'est pas un persécuté

(1) *Op. cit.*, p. 318.

(2) *De l'angoisse à l'extase*, I, p. 493.

haineux. Noé, h., 26, cherche à aimer et à être aimé, il a toujours peur de ne pas être assez aimable : « Je crains toujours qu'on ne s'intéresse pas assez à moi. » Ce n'est qu'à certains moments après des fatigues qu'il est angoissé et alors il sent « qu'on le hait ». Edouard croit d'ordinaire être entouré d'amis, ce n'est qu'à la fin de la soirée quand il est épuisé qu'il commence ses interprétations hostiles « de tous les mouvements des paupières ». La haine n'est pas non plus l'antipathie qui dépend de la réaction de la fatigue et qui cesse dès que l'individu antipathique n'est plus présent. La haine persiste même quand la personne haïe n'est plus présente, elle ne dépend plus des réactions qui s'effectuent pendant l'action et qui disparaissent dès que l'action n'est plus exécutée, elle dépend des réactions terminales de l'échec qui sont provoquées par la simple représentation de l'individu.

Les qualités du personnage sont renversées par l'inversion mélancolique : observons les réactions de Noé quand il passe de ses efforts de sympathie au sentiment de l'échec. Il cherche d'abord à se faire bien voir d'une personne, à se faire aimer d'elle, mais rapidement il est angoissé et il fait la réaction inverse : il prend l'attitude de celui qui est repoussé, détesté et il donne à cette personne un personnage hostile. Dans une réunion il a vite le sentiment qu'il échoue dans toutes ses tentatives pour briller, pour s'imposer, pour se faire aimer : « C'est cet insuccès perpétuel qui me met dans une situation ridicule ; je me sens ridicule, c'est cela qui me donne l'idée qu'on se moque de moi, tout est toujours à recommencer à zéro. » C'est bien là le sentiment de l'échec mélancolique ; ce malade veut être suivi et dirigé et, si on a l'air de l'abandonner, il supplie qu'on consente de nouveau à s'occuper de lui, il cherche donc à faire l'acte d'adoption, à obéir avec confiance à son médecin ; mais la réaction de l'échec mélancolique l'amène assez rapidement à faire l'acte inverse avec désobéissance et méfiance, et le médecin devient pour quelque temps un personnage dangereux.

Plusieurs auteurs ont déjà signalé ces transformations : MM. Dide et Guiraud ont déjà employé le mot de sentiment de *péjoration sociale*, je suis heureux de le lire, car j'avais déjà proposé ce mot de *péjoration* pour caractériser les sentiments déterminés par la réaction mélancolique, elle devient bien ici une *péjoration sociale*. M. Lacan rapproche aussi « la méfiance du sujet du sentiment de ses aspirations ambitieuses et passionnées vers la notoriété, la richesse, la puissance, la surestimation

démessurée qu'il a de lui-même : le délire de persécution repose sur des dispositions déficientes d'où résulte une insuffisance dans la lutte pour la vie » (1). C'est toujours la réaction de l'échec qui s'applique aux actions sociales.

Quand cette qualification péjorative de l'acte social se combine avec des phénomènes de subjectivation qui se sont développés au stade précédent et qui durent encore, le sujet devient pour lui-même un personnage odieux : « Je suis un criminel prédestiné, un personnage monstrueux. » Le personnage des autres est construit en conséquence et ils sont méprisants à juste titre : « Ce qui me désole le plus, ce n'est pas que les autres me traitent d'inverti sexuel, et qu'ils crachent sur mon passage, c'est de sentir qu'ils ont raison de faire ainsi... C'est odieux pour un officier de devenir anti-religieux et anti-militariste, on a bien raison de me dégrader et je serais moi-même honteux de continuer à porter mes galons. » Certains délires mélancoliques sont voisins de délires de persécution, mais il s'agit quelquefois de persécution par soi-même (2).

La péjoration du socius se présente dans les cas les plus simples à propos des actes sociaux qui ont été correctement objectivés. Le sujet attribue aux autres hommes des actes qu'ils ont réellement accomplis et que tous les témoins leur attribueraient également. Dans toutes les plaintes de Noé sur son entourage, il y a un point de départ dont nous ne pouvons pas contester l'exactitude. Un certain nombre de personnes ont réellement levé les yeux quand il est entré dans le café, son cousin a réellement passé brillamment un examen auquel lui-même vient d'être refusé. Ce sont des actes réellement exécutés par les personnes qui l'entourent que le malade présente comme des attaques contre lui, comme des expressions de mépris et des insultes. Ces appréciations fausses sont désignées d'ordinaire comme des interprétations pathologiques. Les interprétations ne sont pour nous que des transformations du récit de certains faits, transformations verbales qui ont pour résultat de rendre le récit de ces faits plus faciles à réaliser pour le sujet. Dans l'état d'angoisse où il se trouve pour le moment, Noé applique aux actes sociaux la régulation de l'échec : il ne peut pas réaliser ces faits sans leur donner une couleur noire, humiliante pour lui. Ou bien il ne remarquera pas que plusieurs personnes ont levé les yeux quand il est entré et il n'en conservera aucun

(1) LACAN. — *Psychoses paranoïaques*, 1932, p. 43.

(2) *Cours sur la personnalité*, 235 ; *De l'angoisse à l'extase*, II, p. 314.

souvenir ayant le caractère du réel, ou bien il présentera ces faits comme une manifestation de mépris à son égard : le personnage des socii qu'il essaye de construire à ce moment sera un personnage d'individus grossiers et méprisants ou il ne sera rien du tout.

Il est intéressant d'indiquer ici une remarque sur les effets de l'angoisse analogue à celle que nous avons étudiée à propos de l'objectivation. L'angoisse momentanée détermine une interprétation également momentanée qui disparaît dès que le trouble mélancolique est transformé. Il me semble que ces petits faits intermédiaires entre la vie normale et le délire de persécution sont utiles à connaître pour comprendre mieux la maladie devenue chronique. Une femme de 60 ans, Mbb., qui n'est aucunement une persécutée, mais qui est une asthénique incapable de résister à une émotion, reçoit chez elle très aimablement une ancienne amie qu'elle aime bien et en qui d'ordinaire elle a toute confiance. Pendant cette visite on lui apporte une dépêche venant d'une ville où se trouve un de ses parents. L'arrivée inattendue de cette dépêche l'inquiète et la bouleverse au plus haut point, elle tremble, étouffe et ne parvient que difficilement, après beaucoup d'efforts, à ouvrir cette dépêche qui d'ailleurs était tout à fait insignifiante. Mais le trouble persiste et la voici qui sans aucune raison se met à interpeller son amie, à énumérer en les déformant complètement une foule de petits incidents anciens dans lesquels cette amie aurait eu vis-à-vis d'elle une conduite odieuse et finit par lui reprocher de l'espionner et de venir chercher des renseignements pour les révéler à d'autres : l'amie a dû se retirer très stupéfaite. Pendant la soirée et une partie de la nuit Mbb. a continué à ressasser les mêmes idées, puis elle a fini par s'endormir. Le matin elle se retrouve calme, étonnée elle-même de ce qui s'est passé et elle éprouve le besoin d'écrire à son amie une lettre d'excuses. Je ne puis comprendre cet incident que comme une crise de délire d'interprétation en rapport avec une angoisse déterminée par l'émotion.

On peut signaler les délires d'interprétation étroitement systématisés à une personne ou à un incident de la vie. Le persécuté classique est d'ordinaire un individu toujours sombre, de mauvaise humeur, susceptible vis-à-vis de tous ceux qui l'approchent, mécontent de tout ce qu'on lui dit et disposé à prendre tout en mauvaise part. De Clérambault (1) s'intéressait à ce qu'il appelait des faux persécutés, des persécutés aimables. J'ai

(1) G. DE CLÉRAMBAULT. — *Bull. Soc. Clin. de Méd. Ment.*, juillet 1924.

eu l'occasion, grâce à M. Schiff, d'examiner plusieurs malades de ce genre et je suis frappé comme de Clérambault de l'intérêt qu'ils présentent. Ces malades ont évidemment sur certain point très limité un véritable délire d'interprétation, mais en dehors de ce point ils n'ont aucunement le caractère du persécuté, ils sont gais, confiants, sans aucune susceptibilité. Chez eux la mélancolie sociale n'est pas généralisée, la réaction d'échec n'apparaît qu'à propos d'un point et ne paraît pas encore s'étendre.

Dans tous cas nous ne constatons qu'un seul trouble essentiel, la péjoration sociale par application aux actes du socius de la réaction d'échec mélancolique. Ce trouble n'existe qu'au niveau de la croyance élémentaire et de la construction du personnage. Le stade précédent de la personnalité sociale, celui de la répartition des actes est resté correct, c'est pour cela qu'il n'y a ni hallucination, ni sentiment d'emprise.

Dans d'autres cas, cette péjoration mélancolique se combine avec les fausses objectivations des actes sociaux mal répartis : des actes qui devraient être localisés dans la pensée du sujet ont été attribués au socius et ce sont ces actes faussement localisés qui deviennent le point de départ des croyances et du personnage. C'est ce qui joue un grand rôle dans l'hallucination du persécuté. Dans mon premier travail sur l'hallucination du persécuté (1) j'ai insisté d'une manière peut-être trop exclusive sur le rôle de la croyance asséritive et de la péjoration mélancolique qui expliquent plusieurs caractères importants de l'hallucination, son caractère hostile, sa certitude absolue, qui lui donne l'apparence d'une réalité, d'une perception extérieure. Dans un second travail sur les sentiments du persécuté (2), je montrais que cette explication n'était pas complète, car des croyances également absolues pouvaient exister sans hallucinations comme nous venons de le voir dans les interprétations. Pour qu'il y ait hallucination il faut que cette croyance péjorative soit appliquée à des actes attribués faussement au socius et qui auraient dû être attribués au sujet lui-même.

M. Revault d'Allonnes dans ses « remarques sur l'intelligence » (3) demande que l'on considère l'hallucination comme un « effet pseudo-sensoriel » qui est plus tard plus ou moins intellectualisé. Cet « effet » est en relation avec « un état d'incuriosité, un état mental imprécis, relâché, peu cohérent, peu apte à mettre

(1) *Revue philosophique*, janvier-mars 1932.

(2) *Journal de Psychologie*, 15 mars-15 avril 1932.

(3) REVAULT D'ALLONNES. — Remarques sur l'intelligence. *Journal de Psychologie*, janvier 1934, p. 74.

de la vigueur dans les aperceptions vraies ou fausses ». Nous verrons plus tard que cette asthénie psychologique est chez le persécuté surtout sociale ; mais le problème consiste surtout à expliquer les caractères de cet « effet » tout particulier. M. Guiraud, dans la séance de la Société médico-psychologique du 22 mars 1937, demandait que l'hallucination ne fût pas rattachée à un seul phénomène pathologique, à la croyance sentimentale mais aussi à quelque phénomène plus profond auquel il donnait un caractère esthétique. Je n'aime pas beaucoup ce terme d'esthésie qui rappelle trop l'idée des troubles de la perception et de la représentation plus apparents que réels. Mais je suis d'accord avec M. Guiraud pour admettre dans l'hallucination du persécuté un trouble plus profond que dans la croyance de l'interpréteur et j'ai essayé de montrer dans mon étude sur « les sentiments du persécuté » « 1932 » et dans ce travail qu'il fallait chercher ce trouble dans une mauvaise organisation de la personnalité sociale.

Ce mécanisme de la péjoration surajouté à l'objectivation permettra de mieux comprendre les divers sentiments d'emprise toujours ajoutés à l'hallucination qui, en réalité, en fait partie. Il s'agit d'une localisation de la fausse objectivation et de la croyance qui attribue au socius une partie de l'action avec son caractère odieux. On peut ici prendre comme exemple le sentiment d'imposition : le sujet transforme souvent l'expression de ce sentiment en disant : « Ce n'était pas moi qui refusais de manger, j'y étais bien forcée, il me fallait obéir. » Il attribue au socius une partie au moins de son acte et transforme sa propre action en obéissance : à cette objectivation partielle s'ajoute le sentiment d'un acte pénible et la croyance à l'hostilité du personnage construit avec ces fragments d'acte qu'on lui attribue.

Ces deux formes de la péjoration sociale présentent évidemment bien des caractères communs : il s'agit toujours d'une action mauvaise du socius qui domine le sujet et lui enlève plus ou moins complètement l'initiative et la propriété de ses actes, qui réduit sa personnalité. C'est pourquoi ces deux catégories de malades se rapprochent beaucoup, présentent souvent des traits intermédiaires et ne peuvent pas toujours être bien distingués l'une de l'autre. Plusieurs auteurs en ont conclu que le diagnostic de ces deux formes du délire de persécution ne présentait guère d'intérêt. Il y a cependant entre elles des différences importantes : dans un cas il n'y a que des troubles de la qualification des actes et de leur réalisation, ce qui correspond au

stade psychologique de la croyance élémentaire. Dans l'hallucination il n'y a pas seulement péjoration de l'acte, mais fausse objectivation de cet acte qui n'a pas été réellement exécuté par le socius et qui lui est attribué. Le trouble atteint une couche psychologique plus profonde, celle des tendances sociales et de la construction de la conscience personnelle. Nous constatons encore ici l'importance de la distinction si bien précisée autrefois au point de vue clinique par MM. Sérieux et Capgras entre les délires d'interprétation et les délires hallucinatoires.

Ce que nous venons de remarquer à propos de l'angoisse doit être répété peut-être avec un peu moins de précision, à propos des sentiments de joie et de la réaction de triomphe. Cette réaction est primitivement extériorisée parce qu'elle s'applique aussi à des actes moteurs et elle donne aux objets de la perception des qualités merveilleuses : « Tout devient beau, c'est le Paradis terrestre... l'air est si pur et si doux, j'en mange ». Quand il s'agit d'actes sociaux cette réaction est aussi objectivée et elle colore d'une manière favorable l'acte attribué au socius à tort ou à raison. Le personnage constitué avec les représentations de ces actes devient excellent, rempli de bonnes intentions et capable de relever indéfiniment le sujet. Le socius devient le personnage qui aide, qui obéit, qui honore, qui flatte le sujet et celui-ci prend le personnage correspondant qui est toujours obéi et flatté et qui devient un grand personnage.

L'amour dépend, comme la haine, de ces appréciations de l'acte social déterminé par les régulations sentimentales. Il y aura des amours de ce genre à propos d'actes sociaux réellement exécutés par le socius et normalement répartis, ce seront des amours par interprétation et il y aura des amours à propos d'actes sociaux faussement répartis, ce qui constituera les hallucinations du délire de grandeur. L'amour que nous considérons ici, bien que le langage populaire emploie le même mot, ne doit pas être confondu avec la passion de l'amour qui dépend des réactions de l'effort, il s'agit de l'amour-possession bien différent de l'amour-aspiration.

Les hommes tirent un grand parti de ces réactions de triomphe car elles amènent des gaspillages de forces qui les répandent dans toutes les tendances et dans tout l'organisme et les actions qui en sont le point de départ sont très recherchées. De là ces efforts de rapprochement, ces efforts pour multiplier les actions sociales favorables. Comme le personnage aimé est construit par une croyance sentimentale sans critique il se présente avec une importance énorme et des pouvoirs merveilleux.

L'amoureux se figure que l'autre a un pouvoir infini pour le remonter quand il est déprimé, pour le faire vivre quand il ne sait pas vivre tout seul : le personnage est ainsi complètement transformé et une simple représentation du personnage ainsi construit produit une remarquable excitation psychologique.

Malheureusement le sentiment de la haine qui dépend d'une réaction d'échec et de défense personnelle semble plus facile que le sentiment de l'amour-possession qui demande pour la réaction de triomphe plus de force disponible et les hommes tombent plus souvent dans la haine. Il faut vieillir pour sentir que le monde est plein de braves gens : dans la jeunesse on croit plus facilement que les gens sont méchants et bêtes ; cela se rattache peut-être à cette amélioration des états asthéniques par l'âge, quand la vieillesse rend la vie plus facile et moins coûteuse.

Une preuve intéressante de cette influence du sentiment dans l'interprétation du personnage c'est le changement complet de cette interprétation quand le sentiment se modifie. Le délire de haine de Véra contre les nonnes s'est prolongé une grande partie de sa vie, mais cette malade a présenté deux périodes, chacune de plusieurs mois bien singulières. La malade est plus active, marche plus et mange beaucoup plus, elle parle plus et aime à raconter ses souvenirs de jeunesse, elle est satisfaite d'elle-même et se déclare « une musicienne vraiment géniale ». Elle est et elle se dit « d'excellente humeur, ce qui l'étonne elle-même, car elle sait que la réalité est bien triste ». Elle juge correctement les membres de sa famille et elle demande qu'on excuse la conduite de ses enfants « qui ont de qui tenir ». Dans ces périodes de bien-être elle se rapproche de la religion et dit à Dieu : « Je ne sais pas qui tu es, mais comme Enoch, je tremble de te déplaire et je t'écoute quand tu parles dans ma conscience. » En même temps elle a complètement renoncé à son délire de persécution par les nonnes : « Quand je dis qu'elles ne m'aiment pas, c'est absurde..., la paix est faite, la guerre sainte est finie ». Les nonnes sont devenues pour elle des personnes utiles et aimables. Malheureusement tout recommence après six mois : « Il y a de nouveau rupture avec les nonnes, je ne veux plus avoir aucun rapport avec elles, tant que je vivrai, je dirai du mal des nonnes, hélas ! c'est ma seule vengeance bien insuffisante. » Le personnage des nonnes qui avait été changé est redevenu le même avec le retour de l'inertie, de la tristesse, de la diminution de l'alimentation et de l'amaigrissement. On pourrait étudier chez la même malade des oscil-

lations identiques dans sa représentation du personnage attribué au médecin directeur. Ces observations montrent bien la relation entre l'état de l'activité, la tension psychologique et la constitution du personnage.

8. — Les personnalités supérieures et la mobilisation de la personnalité sociale

Les personnages ainsi construits sont loin d'être sans défauts : ils dépendent des sentiments du sujet naïvement transformés en croyances, ils sont fragiles et variables comme ces sentiments eux-mêmes. Le personnage dépend du jeu et contient toujours beaucoup de convention et même de construction artistique. Aussi la personnalité a continué à évoluer et quel que soit le progrès obtenu aujourd'hui, elle continuera encore à se transformer.

Sous l'influence des opérations réfléchies et rationnelles, elle a pris la forme du « moi » qui ajoute au personnage des qualités nouvelles (*AE*, I, p. 309). Le « moi » a plus d'unité et de stabilité : l'intérêt qui tient compte de toutes les tendances, de tous les besoins et même de l'expérience antérieure a remplacé le sentiment actuel et momentané (*C. sur la personnalité*, p. 415). Ce rôle de l'intérêt est très caractéristique, car il fait défaut chez les primitifs, les enfants, les malades et il apparaît comme un progrès dans l'évolution.

Ce progrès donne plus d'importance à un certain personnage qui supprime les autres et qui s'exprime par le « je ou le moi » au lieu du nom propre qui s'appliquait au personnage variable. Ce « moi » a un rôle plus grand dans la délibération, il peut ajouter sa force ou opposer sa force aux impulsions momentanées, il prend plus de conscience de son initiative qui détermine des actes en apparence indépendants des stimulations accidentelles.

Au premier abord ces progrès semblent augmenter la séparation entre les hommes : déjà au stade précédent les actes du secret avaient pour but de dissimuler les intentions et de les conserver à l'abri des résistances sociales, ils ont amené les transformations du langage intérieur. Celui-ci devient une action très réduite à l'intérieur de l'organisme, il ne peut plus provoquer de réaction chez les autres et il ne détermine plus de réaction que chez le sujet lui-même ; il est devenu *la pensée* en appa-

rence bien différente des actes moteurs qui pouvaient être perçus par les autres hommes et il forme le point de départ de la notion d'esprit. Celui-ci est une transformation du personnage qui conserve ses pouvoirs plutôt augmentés en y ajoutant le caractère d'invisibilité en rapport avec le langage intérieur et la pensée. Cet esprit qui existe dans le sujet est impénétrable au socius et contribue à donner au sujet une existence indépendante.

Cependant il ne faut pas exagérer cette séparation du sujet et du socius et la représentation de la personnalité de l'un reste encore étroitement associée à la représentation de la personnalité de l'autre. La pensée secrète et la notion d'esprit ne peut être comprise qu'en se représentant chez le socius un désir et un effort pour pénétrer cette pensée : la pensée n'est vraiment secrète que si le sujet se représente une victoire sur le socius quand il réussit à lui fermer son for intérieur ; dès que le sentiment mélancolique l'amène à se considérer lui-même comme vaincu, il se sent deviné, comme on le voit dans les sentiments d'emprise. Les progrès de la notion du moi existent également dans le moi du socius qui devient aussi un moi plus unifié et plus stable, ce qui va modifier les conditions de la lutte et de la concurrence. L'intérêt personnel du sujet s'oppose à l'intérêt des autres et l'égoïsme ne se comprend que comme une lutte contre l'égoïsme des autres. L'idée si importante d'individualité, cette notion juste ou fausse que chaque homme est profondément différent des autres et possède une originalité indestructible ne peut avoir un sens que dans une comparaison perpétuelle des esprits en présence les uns des autres.

L'évolution des idées morales qui ont leur point de départ dans les commandements primitifs et qui sont devenues des commandements à soi-même montre une expression devenue plus intellectuelle et plus réfléchie de ces relations entre le sujet et le socius, de leur réunion ou de leur séparation. Il faudrait faire la psychologie de ces idées morales comme la psychologie de la logique qui est du même genre en indiquant les transformations qu'ont présentées les confusions et les distinctions des actions sociales.

Mais je ne crois pas devoir insister ici sur ces formes supérieures de la personnalité sociale car elles semblent présenter moins d'intérêt pour la psychiatrie proprement dite. Il s'est fait dans la science une distinction évidemment un peu arbitraire des domaines des différentes sciences, les troubles des actes inférieurs sont surtout étudiés par la neurologie, les troubles

des actes supérieurs sont considérés presque toujours comme des erreurs ou des fautes, et leur étude est rattachée à d'autres disciplines comme à celles de la logique ou de la morale. Ce sont les troubles des actes du niveau moyen de la hiérarchie des fonctions psychologiques qui constituent jusqu'à présent le domaine propre de la psychiatrie et celle-ci n'a pas encore le droit d'interpréter à sa manière les erreurs ou les fautes, ce qu'elle fera probablement plus tard (AE., I, p. 234).

Il y a cependant un problème relatif à une de ces opérations supérieures qui me paraît devoir intéresser les psychiatres, c'est le problème de l'*objectivation désintéressée des sentiments* et du déplacement de la personnalité. Il s'agit d'une évolution de cette objectivation qui a toujours joué un rôle considérable dans les relations sociales et dans les troubles de ces relations. Jusqu'ici cette objectivation n'a porté que sur les actions motrices elles-mêmes, sur les intentions d'accomplir ces actions et sur les représentations de ces actions et de ces intentions. Nous nous trouvons maintenant devant une objectivation bien plus délicate, celle des sentiments qui avaient conservé jusqu'ici un caractère purement personnel.

Pour introduire ce problème on peut faire allusion à une forme de langage très usitée. Dans une petite communication au dernier Congrès des aliénistes, à Bâle, je commençais par cette phrase : « La petite Nadine était amoureuse de son chef de rayon. » Personne n'a protesté contre cette expression très simple ; nous entendons sans cesse autour de nous des propositions semblables : « Le ménage X va divorcer, le mari et la femme se détestent cordialement. » Ces phrases banales soulèvent cependant une grande difficulté psychologique : elles décrivent des sentiments chez les autres personnes qui s'aiment ou qui se haïssent. Mais l'amour ou la haine, comme nous venons de le voir, impliquent nécessairement des sentiments du sujet lui-même, l'amour n'est que le sentiment de notre propre satisfaction, de notre excitation personnelle jointe à la représentation d'une autre personne et objectivé dans l'action prêtée à cette autre personne, la haine n'est que le sentiment de notre propre dépression jointe à la représentation des actes d'une autre personne. Tout amour ou toute haine implique notre propre satisfaction et ne se comprennent que comme des sentiments éprouvés par nous-mêmes pour les autres ou comme des sentiments éprouvés par les autres pour nous-mêmes. Or dans la phrase précédente je ne dis pas du tout que je sois amoureux de Na-

dine ou que Nadine soit amoureuse de moi ; je parle des sentiments de Nadine pour un individu que je ne connais pas et je ne fais aucune allusion à moi-même. Comment de tels amours où je prétends ne rien sentir moi-même sont-ils intelligibles ?

La construction de ces phrases sur les sentiments des autres personnes ne peut se comprendre qu'en les rattachant à une opération intellectuelle, *le déplacement du centre de référence*. On peut trouver un exemple simple de cet acte dans les opérations arithmétiques de l'addition (1). Pour additionner 7 plus 5 on dit à l'enfant de compter d'abord jusqu'à 7, puis de compter encore jusqu'à 5, mais, s'il recommence à compter un, deux, trois, quatre, cinq, comme il l'a déjà fait, il n'arrive à rien. Il faut lui expliquer qu'il doit compter jusqu'à 5 à partir de 7 en prenant ce 7 pour un 0. Dans l'écriture des chiffres l'enfant est habitué à placer le zéro sur le tableau n'importe où, maintenant il faut lui faire comprendre qu'il doit compter encore à partir de zéro, mais en déplaçant ce zéro, en mettant le zéro à la place du sept ou au-dessus du sept. Ce déplacement du zéro, ou ce déplacement du centre de référence joue un grand rôle dans les mathématiques. C'est au fond l'essentiel des théories astronomiques modernes et en particulier de celles de M. Einstein : au lieu de prendre la place de nos yeux, puis la terre comme centre de référence des mouvements des astres, on prend le soleil, puis on cherche même à calculer en prenant un centre de référence quelconque. Cette opération a comme point de départ une conduite très remarquable, la conduite du point de vue et du changement du point de vue. Il faut savoir adopter une conduite un peu différente à propos du même objet, si on le regarde d'un autre point de vue : on le comprend bien en étudiant les illusions produites par le changement du point de vue.

Cette opération du changement du point de vue, du changement du centre de référence est devenue habituelle même dans les conduites sociales : l'homme a appris à se mettre au point de vue des autres, à faire en se représentant le socius les mêmes opérations qu'il faisait à propos de lui-même. Nous avons si bien créé le personnage du socius que nous sommes devenus capables d'y transporter notre propre personnalité sans transformer notre propre personnage. Nous nous représentons ce que nous éprouverions si nous étions à sa place, tout en conservant la conscience que ce n'est qu'un jeu et qu'il ne s'agit pas réellement de nous-mêmes. Nous racontons des batailles, des

(1) Cf. *Les débuts de l'intelligence*, 1935, p. 174.

amours, des haines, des réconciliations des autres dans lesquelles nous ne sommes ni sujets, ni objets. C'est bien là une attitude proprement intellectuelle qui reste intermédiaire entre la conscience de notre personnalité et la représentation de celle des autres.

Cette manière de se représenter et de parler est ou devrait être celle du romancier et du poète. Ce n'est pas toujours exact, car il y a des littérateurs qui restent trop froids et qui ne comprennent pas assez les sentiments de leurs héros. Il y en a d'autre que Diderot nous a bien décrits dans le « Paradoxe sur le comédien » qui subjectivent trop et qui sentent eux-mêmes ce que sentent leurs personnages. Ce ne sont pas les meilleurs comédiens, comme le montrait Diderot, car le grand comédien sait se représenter les sentiments et les jouer sans les éprouver complètement. Mais c'est là surtout une attitude très tardivement développée, celle du psychologue : celui-ci doit transporter sa personnalité dans son malade, mais en partie seulement, assez pour retrouver en lui des sentiments qu'il a déjà éprouvés, mais pas trop pour ne pas avoir les illusions que donnent des sentiments trop personnels.

Cette mobilité de la personnalité est un progrès analogue à celui que nous avons étudié dans le langage et dans le souvenir quand ils sont devenus *inconsistants*. La personnalité s'est allégée de l'action motrice dont elle était inséparable. Cette action extérieure était forcément lourde, chargée de motifs individuels ; la personnalité délivrée de cette action de nos membres devient plus légère, plus capable de se déplacer et de prendre différentes formes : le moi personnel perd de son importance, le moi des autres et même le moi des Dieux, qui grandit en même temps, se développent. L'égoïsme qui a toute une histoire se transforme ; la sympathie que nous avons déjà connue dans la période de confusion prend une nouvelle forme. Quand elle n'était qu'une confusion brutale de l'acte d'autrui envers le notre, en compatissant avec autrui nous ne compatissions qu'avec nous-mêmes ; nous savons un peu maintenant nous mettre à la place des autres et compatir à des souffrances que nous savons être étrangères à notre propre personne. L'amour prend la forme de la recherche de l'intimité : on cherche la satisfaction et l'excitation dans l'union des sentiments avec un individu spécial, considéré dans son fond individuel et non dans ses actions passagères : « Nous nous aimons parce que c'était lui, parce que c'était moi ». Les idées religieuses et les idées morales donnent une nouvelle fixité à la personne comme la croyance et

l'affirmation avaient fait avec le langage. C'est à propos de cette forme de conscience que M. Brunschvicg pourra dire : « La vie de la conscience n'est plus limitée à l'enceinte de l'individualité biologique, elle devient coextensive aux progrès de l'intelligence. Il ne suffira plus de saisir au niveau de la représentation immédiate l'individualité du moi organique, mais de suivre dans leur élan vers l'universalité le développement de la vie spirituelle (1). »

Ces transformations de la personnalité sociale ont eu un retentissement dans les observations des psychiatres : ils ont mis en évidence un symptôme très caractéristique qui montre justement la défaillance de cette personnalité élargie. Un caractère important qui apparaît dans les conduites sociales de tous les malades qui ont des délires d'influence sociale peut être désigné par ce mot d'*égocentrisme* qui en indique bien le caractère apparent sans hypothèse sur son interprétation. C'est en général une disposition à ne considérer les actes sociaux qu'à un point de vue exclusivement personnel : il ne s'agit jamais que des sentiments du socius pour le sujet ou du sujet pour le socius. Ces sentiments peuvent être bons ou mauvais, peu importe, pourvu qu'ils restent personnels. Le malade ne semble pas comprendre que les hommes puissent avoir des sentiments ou des actes sociaux entre eux, sans se préoccuper de lui.

On confond quelquefois le mot « *égocentrisme* » avec le mot « *autisme* » : cela me paraît fâcheux (2). Le mot « *autisme* » me paraît devoir être réservé à cette forme de l'asthénie psychologique qui réduit l'activité, de quelque nature qu'elle soit, au langage intérieur de la rêverie beaucoup plus économique que l'acte moteur ; il ne doit pas être confondu avec l'*égocentrisme*, trouble de l'acte social, qu'il soit extérieur ou intérieur.

Ce caractère de l'*égocentrisme* est bien connu, on en trouvera une bonne description dans les leçons de M. Séglas ; M. Capgras considère l'*égocentrisme* comme un caractère essentiel du délire d'interprétation (3) : il suffit d'en rappeler quelques exemples pour montrer son importance. Il est curieux d'entendre Véra raconter les conduites des infirmières dans l'hôpital, qu'elle appelle des « nonnes ». Dès qu'elles sont réveillées, les nonnes combinent entre elles des procédés pour apporter à Véra de l'eau trop chaude ou trop froide, en faisant la chambre elles

(1) BRUNSCHVICG. — *Le progrès de la conscience dans la philosophie occidentale*, 1927.

(2) *Cours sur la personnalité*, 1929, p. 443.

(3) CAPGRAS. — *Ann. Méd. Psych.*, 1930, p. 275.

cherchent à souiller les oreillers, en mettant de l'ordre dans le salon elles cherchent à déranger le coussin du piano ou l'encrier afin de lui faire faire des fausses notes ou des taches d'encre sur sa musique, elles combinent quelque chose avec la cheminée pour la faire fumer quand Véra entrera, puis elles cherchent à mettre un poison spécial dans chaque assiette. Pendant le reste de la journée elles surveillent les visites de Véra au W.-C. : « Pourquoi faut-il que ces monstres moyenâgeux s'occupent tout le temps de mes selles ? Il me semble qu'elles pourraient s'occuper de choses plus agréables pour elles ; que voulez-vous, les sacrements leur donnent le droit de martyriser qui leur déplaît. » Singulier hôpital où toutes les infirmières ne s'occupent que d'une seule malade pour la tourmenter ! « C'est qu'elles me détestent, moi aussi je les déteste, jusqu'à ma dernière heure je crierai : haine, haine, haine ! » Quand j'insiste pour demander si les nonnes ne s'occupent jamais d'une autre malade : « Oui, dit-elle, elles ont été chercher une malade agitée et crierde et l'ont mise dans la chambre à côté de moi pour m'empêcher de dormir. » La malade semble incapable de se représenter aucune activité sociale des nonnes qui ne soit pas directement en rapport avec elle-même.

Il en est de même pour tous les autres malades de ce genre : le mari de Jenny fait des spéculations superbes à la Bourse, c'est uniquement pour acheter l'Institut Pasteur et payer les poudres magiques. Il a pris 65 maîtresses : « Il a un rude tempérament. — Mais non, il est faible, cela l'épuise et le dégoûte, il le fait uniquement pour pouvoir m'humilier en m'annonçant à travers la muraille qu'il a pris une maîtresse de plus. » On a vu que le Dieu de Madeleine ne s'occupe que de Madeleine pour la sermonner ou pour la caresser, pour l'aimer constamment comme elle l'aime elle-même : pour ce Dieu il n'est plus guère question du reste des mortels. Uw. se plaint que la municipalité de la ville cherche constamment ce qui peut lui être désagréable : il s'intéressait à la musique qui lui faisait du bien, c'est exprès pour le faire souffrir qu'on fait jouer de la mauvaise musique ou que l'on supprime toute musique : « Je voudrais cependant pouvoir rencontrer des gens qui pensent à autre chose qu'à moi, qui parlent entre eux d'autre chose que de moi. » « Je ne peux trouver aucun pays, dit Cya., f., 40, où les gens s'occupent d'autre chose que de mes souffrances ou de mes souffrances, je veux éprouver seule mes souffrances et mes joies, je n'entends pas que l'on se mêle de mon cœur, ce qu'ils font tous continuellement. »

Quand on examine le début de ces troubles sociaux, on peut s'intéresser à la description que Noé, h., 26, donne de la table de sa pension : il énumère ceux qu'il aime et ceux qu'il n'aime pas, ceux qui l'aiment lui-même ou ceux qui le détestent mais il ignore absolument les autres qui pour lui n'existent pas socialement et il ne comprend guère ce que je veux dire quand je lui demande si ces différentes personnes ont des préoccupations et des sentiments, il croit que je lui demande ce que ces personnes pensent de lui-même : l'observation désintéressée du psychologue ou du romancier est absolument absente.

J'ai fait cependant sur certains de ces malades une observation qui me semble avoir quelque intérêt. C'est que, dans certains cas au moins, cet égocentrisme peut-être très systématisé. Véra, dont on vient de voir l'égocentrisme si fort quand elle parle des nonnes, est capable d'avoir un langage tout à fait différent, quand elle parle de ses enfants ou de ses parents ; elle parle alors de personnes pour lesquelles ses enfants ont de l'affection et qu'elle-même ne connaît pas, elle parle de personnes qui ont montré de la bonté à sa sœur et qui n'ont aucun rapport avec elle. Pendant une première période de mon observation Véra avait de l'estime et de l'affection pour le médecin du service et elle m'en parlait d'une manière tout à fait correcte : un jour elle a vanté la conduite indulgente et hostile qu'il avait eue avec des malades difficiles dont Véra ne s'occupait pas du tout. Dans les six derniers mois de sa vie elle s'est fâchée avec ce médecin et l'a rangé dans le groupe des nonnes ennemies : depuis ce moment le médecin passait tout son temps à lui voler ses cigarettes, à intriguer pour se mettre bien avec sa famille, à utiliser les relations de Véra pour la carrière de sa propre fille, il était rentré dans l'égocentrisme.

Thérèse a quelquefois une singulière conduite : elle envoie à sa sœur sous la même enveloppe deux lettres absolument différentes. L'une est nettement délirante et ne s'occupe que de ses relations avec de grands personnages. L'autre lettre, tout à fait correcte, demande aimablement des nouvelles de la famille et des amis et s'intéresse à leur vie : il semble que la malade ait deux manières de penser et qu'elle ait une certaine conscience de leur différence, puisqu'elle sépare les deux lettres. J'ai déjà signalé à propos de l'intelligence du paranoïaque les réflexions psychologiques de Uw. à propos du livre de Rignano sur le raisonnement : ce malade si complètement égocentrique quand il parle de sa mère et de son chef de bureau, est capable d'étudier et de comprendre un livre philosophique d'une manière

tout à fait désintéressée. L'égoïsme n'est donc pas toujours une forme générale et constitutionnelle de l'esprit, il se présente, au moins dans un certain nombre de cas, comme un trouble systématisé des sentiments sociaux vis-à-vis de certaines personnes. On le comprendra mieux en étudiant l'évolution de ces sentiments sociaux et leur perfectionnement délicat qui peut disparaître dans certaines circonstances.

Les troubles de l'égoïsme se rencontrent plus ou moins généralisés chez tous les malades qui présentent des délires de persécution ou de grandeur, mais il me semble que la portée de ce symptôme est plus grande. Il apparaît souvent dans les premiers débuts de la maladie quand les sentiments d'emprise ne sont pas encore manifestes. On les observe chez de jeunes enfants qui ont des dispositions paranoïaques (1).

On retrouve ce caractère chez bien des gens qui ne sont pas précisément des persécutés, mais qui sont des asthéniques et dont l'intelligence n'est pas très large. Une femme simplement obsédée scrupuleuse a été visiter une exposition et en rentrant se plaint de l'impolitesse des organisateurs, car elle a vu partout des écritaux avec ces mots « Beware of pickpockets ». « Sont-ils assez grossiers de nous supposer tous voleurs ? » C'est aussi l'état d'esprit des gens qui ne peuvent pas lire dans le journal le récit d'un attentat sans gémir : « Je ne suis pourtant pas capable de tout cela. Pourquoi m'en souçonner ? » Une femme de caractère inquiet lit dans le journal : « Une dame bien mise et parfumée a été arrêtée en train de voler », elle ajoute : « C'est bizarre, puisque je suis sûre de n'avoir rien volé. — Mais on ne parle pas de vous. — Comment ? Une dame bien mise et parfumée ??? » Je suis disposé à croire que cette tournure de l'esprit existe plus souvent qu'on ne le croit chez des gens du peuple peu éduqués, qui ne paraissent pas en souffrir.

A ces symptômes bien connus de l'égoïsme je voudrais ajouter un trait de l'intelligence de ces malades qui ne me paraît pas sans intérêt. Quand nous essayons de raisonner un persécuté, de contredire ses croyances délirantes et de discuter les raisons qu'il donne de sa croyance, nous constatons presque toujours que le malade raisonne très mal, qu'il ne tient pas compte de nos arguments très mal compris, et qu'il ne nous apporte aucun fait, aucune idée que nous puissions considérer

(1) Jacques ROUBINOVITCH. — La paranoïa précoce. *Progrès médical*, 8 juin 1935.

comme des preuves de ses propres croyances. En un mot le délirant ne nous fournit que des apparences de preuve qu'il ne prend pas lui-même au sérieux et qu'il ne nous présente que par politesse pour nous répondre quelque chose. C'est ce que M. Revault d'Allonnes appelait l'incuriosité des hallucinés. Quand nous insistons trop longuement il nous échappe par une réponse très fréquente, c'est qu'il s'agit d'un mystère et que nous sommes incapables de le comprendre. J'ai présenté à ce propos une étude sur les croyances de Madeleine à sa lévitation et j'ai étudié à ce propos assez longuement ce que j'appelais : « l'argument de la balance » présenté au sujet dans plusieurs de ses états différents; j'ai présenté aussi les mêmes études sur sa croyance à un amour spécial de Dieu pour elle. Dans ces deux études, j'ai mis en évidence cette absence de preuves et j'ai montré que Madeleine termine toujours en me disant : « Vous ne comprenez pas, tant pis, c'est un mystère religieux. » La même recherche faite sur Alexandre amène aussi la réponse : « Chut, n'en parlons plus, c'est un mystère politique et militaire. » Nadine, elle-même se plaint aussi que je ne comprenne pas « les mystères du cœur ».

Ces constatations nous conduisent d'abord à une première notion, qui n'est pas sans importance, c'est que ces malades n'ayant pas de preuves à leur disposition croient cependant fortement sans preuves : la croyance n'a pas besoin de preuve. C'est qu'elle est déterminée chez le sujet par un premier mécanisme fondamental, le mécanisme de la croyance sentimentale : l'affirmation est provoquée parce que la formule verbale se trouve tout à fait d'accord avec la direction de la régulation sentimentale à ce moment. Cette formule est peut-être la seule qui puisse être réalisée par le sujet à ce moment sans être arrêtée par une régulation sentimentale qui la contredise.

Cette croyance sentimentale, en outre des caractères fâcheux que nous avons déjà remarqués, de son exagération, de sa brutalité, de son absence de nuances, présente surtout un gros inconvénient, c'est qu'elle ne peut guère être communiquée aux autres personnes. Sauf dans les cas assez rares d'enthousiasme ou de panique collectifs, que Malebranche appelait « la communication contagieuse des imaginations fortes », les sentiments d'un individu ne sont pas entièrement partagés par les autres et les croyances restent personnelles.

Pour arriver à des croyances communes, il a fallu employer d'autres procédés de croyance. *Les preuves* font partie de ces procédés de croyance, comme les sentiments d'ailleurs, mais

elles s'appuient sur des phénomènes psychologiques ayant également une influence sur l'affirmation, mais se présentant à peu près semblables chez tous les hommes. Ces faits sont les perceptions surtout visuelles, et certaines habitudes de régulation du langage, qu'on a considérées comme des principes. On le voit bien en examinant le principe de contenance qui joue un grand rôle dans le raisonnement déductif et qui se rattache également au fond à des perceptions communes : les preuves sont des procédés de croyance générale. L'éducation sociale et surtout l'éducation scientifique nous ont dressés à préférer ces procédés de croyance générale et, même quand nous sommes seuls, nous préférons déterminer nos croyances par des procédés de ce genre.

Le mystère n'est pas la suppression de la croyance sentimentale et personnelle, et une foule de croyances subsistent malgré le mystère. Le mystère est sorti des croyances secrètes fondées sur des procédés de croyance que l'on cachait à la foule : il est encore la suppression de la croyance sociale fondée sur des procédés de croyance qui s'adressaient à tous les hommes en général.

La suppression des preuves et l'habitude du mystère montrent la réduction et souvent la suppression des croyances communes : elles dépendent d'une indifférence à la croyance des autres. Le sujet qui n'éprouve pas le besoin de prouver ses croyances, qui accepte de conserver des croyances à des mystères n'a aucunement perdu la croyance et souvent il croit avec beaucoup plus de force. Mais il a perdu la faculté de se mettre à la place des autres et de se préoccuper de ce qu'ils peuvent croire sur la même question : « Si vous ne pouvez pas croire comme moi, tant pis ; j'espère par sympathie pour vous que vous croirez un jour comme moi, mais, en attendant, je n'y puis rien et comme j'ai une croyance satisfaisante pour moi, je m'en console. » Le recours perpétuel au mystère est un refus de discussion sociale, une insuffisance des conduites sociales supérieures. Le développement de la personnalité sociale semble être devenu inégal, la personnalité personnelle, peut-être sous l'influence de notre civilisation, s'est développée plus vite que la personnalité sociale. C'est en considérant ces troubles du raisonnement que j'ai essayé de les rapprocher de l'égoïsme.

On présente quelquefois ce syndrome comme une *hypertrophie du moi*, mais cette expression me paraît bien défectueuse. On ne nous explique guère ce qu'il faut entendre par l'hypertrophie d'un moi et on ne nous montre pas que la conscience personnelle hypertrophiée présente un champ de conscience

plus large qu'à l'ordinaire (1). La susceptibilité que présentent quelquefois ces malades, et qui a été rattachée à l'hypertrophie de leur moi, est plutôt une réaction de la faiblesse du moi que de son hypertrophie. Elle est une dérivation sous forme de colère à la place du fonctionnement normal de la tendance à l'affirmation de soi, qui est défaillante. L'égoïsme ne peut pas non plus expliquer ces symptômes, il cherche à utiliser le milieu social pour l'intérêt du sujet et ces malades abaissés sont peu capables de conduites intéressées de ce genre.

Il ne faut pas parler trop vite d'orgueil, d'ambition, d'esprit de conquête et d'accaparement chez des sujets qui sont loin d'avoir tous à ce moment des idées de grandeur et qui ont bien souvent un sentiment d'infériorité. Le véritable accaparement d'autrui est manifeste dans de tous autres symptômes : cet homme, qui aime en public à mettre la main sur sa femme d'une manière inconvenante pour bien montrer à tous : « C'est moi le mari de cette belle femme » (2), ne présente en aucune manière de l'égoïsme : il reste même à ce moment parfaitement capable de se représenter que sa femme s'intéresse à un autre et c'est justement pour éviter qu'elle n'ait cette tentation qu'il a ces conduites d'accaparement. Je crains un peu qu'en employant ce mot d'hypertrophie du moi on ne mette dans l'égoïsme une opération active de la personnalité analogue à ces impulsions de domination et d'accaparement du psychathénique, tandis qu'à mon avis il s'agit plutôt d'une faiblesse de la conduite sociale qui est incapable de s'élever jusqu'à une représentation sociale plus large et plus difficile. L'hypertrophie du moi n'empêcherait pas de s'intéresser aux croyances des autres et les grands autoritaires ont fondé des croyances communes. Enfin il ne faut pas oublier les remarques que nous venons de faire sur la systématisation fréquente de l'égoïsme qui ne se présente que dans certaines conduites sociales et non dans toutes. Une hypertrophie du moi, si elle était possible, devrait être beaucoup plus générale et devrait troubler de la même manière toutes les conduites sociales du sujet.

Une interprétation voisine de la précédente fait jouer un rôle aux sentiments affectueux satisfaits ou déçus. Un malade, Numa, h., 45, assez intelligent pour remarquer le symptôme sur lui-même, en parle de cette manière : « C'est bizarre, je crois que les gens de ma famille s'occupent constamment de moi, que

(1) Cf. *Force et faiblesse psychologiques*, 1930, p. 233, 238.

(2) *De l'angoisse à l'extase*, 1926, II, p. 136, 422.

ma sœur a démenagé pour avoir plus facilement des renseignements sur moi, je ne veux pas penser à quelqu'un sans croire qu'il cherche à me rendre malheureux ou que moi je cherche à le rendre heureux ; il vaudrait mieux ne penser à personne, je suis trop sentimental. » Oui, mais il s'agit là d'une sensibilité inférieure appartenant aux stades précédents qui peut tout au plus troubler un peu la force psychologique et rendre plus difficile la sensibilité supérieure. Ce que ces malades ont perdu, ce n'est pas la sensibilité en général, pas plus que tout à l'heure la croyance en général, c'est cette forme supérieure de la personnalité sociale qui nous permet de nous mettre dans la personne des autres.

Une remarque me paraît plus importante, c'est qu'on observe en même temps que l'égoïsme un certain nombre de caractères évidemment peu précis, mais qui prendront plus tard de l'importance. On peut observer chez ces sujets cet égoïsme naïf distingué quelquefois sous le nom d'égotisme : il ne s'agit pas d'un calcul d'intérêt plus ou moins lointain, il s'agit de la recherche d'une satisfaction momentanée sans représentation des intérêts d'autrui. Ces individus ne s'intéressent qu'à eux-mêmes simplement parce qu'ils sont incapables de se représenter les sentiments des autres. Les idées morales singulièrement abaissées sont réduites à une sorte de morale sentimentale. La sympathie pour les autres que ces sujets manifestent quelquefois d'une manière assez dramatique est une sympathie élémentaire par confusion et non la sympathie réfléchie qui permet de se représenter les sentiments des autres sans les éprouver complètement soi-même. Ce caractère me paraît se manifester dans leurs descriptions et dans leurs écrits quand ils en font. J'ai eu cette impression en parcourant de petits romans qu'une malade, Emma, avait la prétention de rédiger. Sous des noms différents, elle parle toujours d'elle-même, de ses amis, de ses ennemis : on ne voit jamais une observation vivante et désintéressée, ce n'est pas du tout la sympathie du romancier ou du psychologue. On pourrait rappeler à ce propos la remarque du même genre que faisait M. Schiff : « L'organisation de la vie sociale a toujours été difficile : les primitifs se plaçaient au point de vue du socius et confondaient leur propre personnalité avec celle du groupe... Les modernes qui ont développé le sentiment de leur personnalité la connaissent trop bien, l'opposent à autrui et rapportent tout à elle (1). »

(1) P. SCHIFF. — L'évolution des idées sur la folie de persécution. *L'hygiène mentale*, mai-août 1935, p. 17.

Il est malheureusement évident que ces caractères sont vagues et difficiles à constater avec précision. Nous sommes dans ce domaine de la conduite morale supérieure qui, jusqu'à présent, n'appartient guère à l'observation psychiatrique. Cependant ces remarques, quoique insuffisantes, doivent être rattachées aux observations sur l'égoïsme et la croyance sentimentale. Elles nous indiquent une régression générale de la personnalité sociale retombée au-dessous des derniers perfectionnements et qui n'est plus capable de déplacer son centre de référence. La plupart des désordres de la personnalité sociale sont du même genre et dépendent d'une régression à des stades de plus en plus primitifs par une sorte d'asthénie sociale. C'est pourquoi il est utile pour les apprécier de connaître un peu cette évolution de la personnalité sociale.

Ce tableau des stades de la personnalité sociale devrait être précisé de bien des manières : ce n'est ici qu'un cadre dans lequel on peut ranger provisoirement les différents symptômes que l'on observe dans les délires sociaux. Il peut rendre quelques services en permettant de classer mieux ces symptômes et de déterminer dans quelques cas les relations qu'ils ont les uns avec les autres. D'une manière générale, ce tableau met en évidence les quelques changements que les études psychologiques ont présentés depuis un demi-siècle. Ce qui caractérisait la psychologie ancienne, c'est qu'elle était personnelle : elle décrivait toujours les phénomènes psychologiques comme s'ils étaient seulement des propriétés, des éléments du sujet lui-même. C'était une conséquence de la psychologie de la conscience : comme celle-ci n'appartenait qu'au sujet lui-même, on ne pouvait pas sortir de ce sujet ; il fallait mettre tous les faits psychologiques dans la personne du sujet, et il n'était pas possible à la psychologie d'en sortir.

Cependant, la considération de l'action introduisait déjà des notions dangereuses, car l'action peut avoir des conséquences importantes en dehors du sujet et elle n'est pas toujours expliquée complètement par la conscience que peut en avoir le sujet que souvent elle dépasse. La simple collaboration, l'exécution d'une même action par plusieurs hommes qui n'en font chacun qu'une partie et qui souvent n'ont pas tous conscience de l'ensemble, soulève bien des problèmes sur cette *interpsychologie* dont parlait déjà G. Tarde. La sociologie qui, prétendant étudier ces phénomènes, se plaçait sous l'influence de Durckheim, trop en dehors de la psychologie et ne devenait le plus souvent

qu'une histoire ou une ethnologie. Les délires sociaux qui nous présentent tant de formes anormales de l'action plus ou moins rattachées à la personne du sujet ou plus ou moins indépendantes de cette personne ne pouvait trouver leur explication dans cette psychologie restée trop personnelle.

L'étude de la personnalité sociale, qui considère à la fois la personnalité du sujet et la personnalité des autres, ainsi que les relations de ces deux personnalités, rendra des services dans l'interprétation d'une foule de problèmes. Il faudra bien qu'un jour les psychologues abordent la psychologie de la propriété, de ses nombreux troubles pathologiques et la psychologie de la vie politique, ce qui sera fort utile. Mais cette psychologie de la personnalité sociale me semble dès maintenant pouvoir nous guider dans l'examen de troubles de la conduite sociale en permettant de classer, de situer, sinon d'expliquer complètement un certain nombre de symptômes. A l'époque de Ribot, les psychologues répétaient que leur science avait besoin avant tout d'observations précises et de monographies ; celles-ci ont été accumulées au point de créer une grande confusion. La science a besoin aujourd'hui en même temps de systèmes même faux pour mettre en ordre les observations et pour permettre de discuter leur interprétation, de critiquer les systèmes eux-mêmes et de les dépasser.

LES TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX SÉROLOGIQUEMENT GUÉRIS

PAR

B. DUJARDIN et G. VERMEYLEN (de Bruxelles)

Depuis 1925, époque où Gerstmann les signala pour la première fois, les troubles psychiques chez les paralytiques généraux malarisés ont été maintes fois décrits. Ces troubles revêtent le plus communément la forme d'une psychose hallucinatoire chronique plus ou moins typique. Ils peuvent également présenter d'autres formes et cliniquement nous apparaître, s'ils ne succédaient à une paralysie générale traitée par une forme quelconque de pyrétothérapie, comme des états mélancoliques, maniaques, schizophréniques, interprétatifs purs.

En fait, ces créations psychopathiques se produisent parfois spontanément dans certains cas de paralysie générale torpide et sans grand déficit intellectuel, où l'organisation psychosique semble avoir eu plus de temps pour s'élaborer (1). Mais elles sont rares, et Plaut n'en signale que quelques cas sur plusieurs centaines de paralytiques généraux examinés.

L'instauration de la pyrétothérapie a multiplié d'une façon frappante les cas où la paralysie générale a viré vers l'une ou l'autre psychose tout en perdant les caractères psychiques de la paralysie générale classique. Nous avons, dans un travail d'ensemble sur la question (2), signalé les diverses hypothèses qui ont été émises pour expliquer cette curieuse transformation du tableau

(1) G. VERMEYLEN. — Délire hallucinatoire chez une paralytique générale. *Journ. Belge de Neurologie et de Psychiatrie*.

(2) G. VERMEYLEN et P. VERVAECK. — Les formes psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés et la notion de démence paralytique. *Encéphale*, sept.-oct.-nov. 1930, t. XXV, n° 8 et 9.

clinique. De toute façon, la rétrocession de l'élément déficitaire intellectuel et l'arrêt des processus évolutifs ne peuvent, à eux seuls, expliquer ces importantes modifications. On s'accorde, plus généralement, à reconnaître que les prédispositions constitutionnelles peuvent jouer un rôle non négligeable. Ces prédispositions pourraient se faire jour grâce à l'arrêt des processus déficitaires à évolution rapide qui caractérisent généralement la paralysie générale en évolution et à sa transformation anatomique en syphilis centrale. Le cerveau reste malade, ce qui explique sa vulnérabilité à toute empreinte constitutionnelle, comme à toute atteinte occasionnelle, mais il ne l'est plus suivant le mode classique de la paralysie générale.

Plus démonstratifs encore à cet égard sont les cas, encore rarement signalés, d'anciens paralytiques généraux qui sont physiquement et sérologiquement guéris et chez qui, au moment ou peu après cette guérison apparemment totale, commence l'une ou l'autre psychose du type classique. On ne peut qu'établir un lien de cause à effet entre la paralysie générale ancienne, pourtant en apparence tout à fait guérie, et les accidents actuels.

Nous rappelons à cet égard le cas typique suivant (1) :

La malade nous est amenée, en juillet 1929, pour une paralysie générale tout à fait classique, à type expansif. L'examen du liquide céphalo-rachidien confirme massivement le diagnostic clinique. La malade subit une cure malariathérapique qui donne un excellent résultat psychique. En mars 1930 on peut la considérer comme revenue à son état psychique habituel. Son sang reste pourtant ++ positif.

Enfin, en 1931, son sang et son liquide céphalo-rachidien sont redevenus normaux.

C'est pourtant vers ce moment que son allure change. Un délire interprétatif de filiation se développe progressivement. Elle est née avant le mariage de sa mère et le mari de sa mère était son père adoptif. Sa mère devait, de ce fait, avoir une assez grosse fortune qui a été dissipée et dont il doit rester, à une banque qu'elle cite, 30 à 40.000 fr. C'est cet argent qui la préoccupe et ses conflits avec son entourage ont commencé sur ce thème. Son comportement général reste par ailleurs normal, elle s'occupe sans défaillance de son ménage, ne se néglige nullement, prend soin des siens et montre un jugement très perspicace dans les affaires courantes. Mais de bonne et douce qu'elle était auparavant, elle est devenue impérieuse et

(1) G. VERMEYLEN. — Délire systématisé au cours d'une rémission prolongée chez une ancienne paralytique générale. *Journ. Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1932, p. 30.

fière, très quérulente, se contentant de sourire lorsqu'on met en doute ses assertions, déclarant qu'on s'en repentira et qu'elle veut recouvrer l'entièreté de ses droits.

Elle ne garde de son ancienne paralysie générale que quelques signes neurologiques : tremblement de la langue et des muscles péri-buccaux, Argyll et réflexes tendineux vifs.

En résumé, il apparaît, chez une paralytique générale sérologiquement et cliniquement guérie, un délire interprétatif systématisé auquel la malade conforme adéquatement sa conduite.

Nous avons eu, dans la suite, l'occasion de relever deux autres cas assez superposables, quoique moins démonstratifs, de paralytiques généraux malarisées et guéries psychiquement et sérologiquement et qui ont manifesté, peu de temps après, des épisodes maniaco-dépressifs dont elles n'avaient pas donné de signe avant leur paralysie générale. L'une d'entre elles a fait des accès alternés de manie et de mélancolie, l'autre des accès mélancoliques périodiques. Toutes deux ont été hospitalisées plusieurs fois dans le service de psychiatrie où nous avons pu les suivre et les observer.

La paralysie générale, arrêtée dans son évolution et débarrassée de tous ses signes fonctionnels, qui pendant longtemps restent les seuls apparents, n'en a, en effet, pas moins laissé dans le cerveau de ces malades des séquelles lésionnelles. On admet généralement, à la suite des travaux de Sträussler et Koskinus, Nakamura, Takano, Richard Wilson, que la pyrétothérapie tend à transformer les lésions diffuses en altérations circonscrites, plus nettement vasculaires, et à modifier le tableau anatomo-pathologique de la paralysie générale dans un sens rappelant celui de la syphilis cérébrale.

Le cerveau ainsi lésé garde une vulnérabilité particulière qui le laisse à la merci de toutes les influences endogènes et exogènes. On est frappé de l'influence qu'ont les toxi-infections sur les paralytiques généraux guéris. L'alcool notamment leur est très nuisible et peut amener des réveils d'éléments psychopathiques qui semblaient définitivement écartés. Il en va là de même qu'avec les anciens traumatisés du crâne qui gardent une sensibilité très grande aux toxi-infections et font plus facilement que d'autres des accidents psychopathiques.

Il est vraisemblable, dès lors, que les influences endogènes peuvent avoir la même importance pathogénique. Le cerveau non lésé résiste à leur emprise.

Par contre, la formidable poussée morbide de la paralysie

générale est trop aiguë pour en permettre l'extériorisation et seuls apparaissent des symptômes psychiques grossiers et à type déficitaire. Mais si la poussée est endiguée, si les processus morbides se circonscrivent et s'organisent, si les parties saines, suivant la théorie de H. Jackson, peuvent jouer un rôle compensatoire, les prédispositions latentes, les facteurs psychologiques d'ordre affectif ou intellectuel, les difficultés de la réadaptation sociale peuvent prendre une importance qu'ils n'avaient pas auparavant et déterminer, sur ce terrain préparé, des troubles psychiques en tous points semblables à ceux que nous sommes habitués à considérer comme constitutionnels.

Nous sommes plus familiarisés qu'il y a quelques années avec cette idée que les psychoses qui nous paraissaient sans substratum organique pourraient bien ne se produire que chez des individus dont le cerveau a été lésé antérieurement par des toxoinfections.

Les troubles graves du caractère constatés chez les enfants à la suite de l'encéphalite épidémique ont été les premiers à donner l'éveil dans ce sens. Depuis, la constatation des atteintes névraïques dans des affections banales de l'enfance a renforcé cette notion. Ces atteintes peuvent être parfois tellement légères et fugaces qu'il faut la présence d'un médecin averti de ces accidents pour les déceler. Légères ou nettement affirmées, elles n'en peuvent pas moins être le point de départ de réactions psychopathiques parfois fort graves et qui en sont, sans conteste, la conséquence (1).

Les mêmes éclosions psychopathiques peuvent se constater à la suite des traumatismes crâniens chez l'enfant (2) et chez l'adulte, déterminant chez tous deux des réactions pathologiques de la conduite parfois fort graves.

On peut supposer, dès lors, que ces cerveaux lésés peuvent ne pas donner immédiatement leurs conséquences psychopathologiques. Que, lorsque les circonstances sont favorables, ils peuvent, pendant un temps plus ou moins long, sembler indemnes. Lorsque les troubles psychiques éclatent, dans la suite, avec ou sans raison, le souvenir des événements pathologiques anciens est oublié, ou, plus communément, on ne leur a jamais donné leur vraie importance neuro-psychique et la psychose est considérée

(1) G. VERMEYLEN. — Les manifestations psychopathiques tardives des maladies infectieuses de l'enfance. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Rabat, 1933.

(2) G. VERMEYLEN. — Manifestation psychopathique à la suite de traumatismes crâniens.

comme étant purement psychogène ou dépendant de prédispositions organo-psychiques d'ordre très général. C'est cette évolution qui s'est faite dans les conceptions psychiatriques, à la lumière de ces faits et de bien d'autres, qui nous permettra peut-être de mieux comprendre les faits qui font l'objet de cette étude clinique.

Certains auteurs ont signalé des cas, restés rares, où les troubles neuro-psychiques de la paralysie générale étaient évidents et permettaient de poser un diagnostic clinique non douteux, mais dans lesquels les constatations humorales étaient, ou totalement négatives, ou ne présentaient que des modifications légères et en tous cas sans rapport avec celles qu'on est habitué de trouver chez les malades atteints de paralysie générale.

H. Claude (1) donne deux cas de paralysies générales typiques au point de vue clinique et dont le diagnostic anatomo-pathologique fut confirmé à l'autopsie et qui avait des réactions de Pandy, Bordet-Wassermann et un benjoin colloïdal négatifs.

Ahronheim (2) trouve, sur 443 cas de maladies nerveuses d'origine syphilitique, 59 avec liquide céphalo-rachidien normal. Sur 170 cas de tabès, le liquide était 34 fois normal, sur 124 cas de syphilis cérébrospinale 25 fois et pas une fois sur 59 cas de paralysie générale.

Dans 3 de ces cas de tabès et dans 7 de ces cas de syphilis cérébrale, le sang était positif alors que le liquide était normal.

O. Crouzon et J. Henrion (3) signalent que, sur 328 observations de malades de la Salpêtrière chez lesquels fut porté le diagnostic de paralysie générale, le nombre des cas où il n'existait pas d'anomalies notables du liquide céphalo-rachidien a été de trois.

« Ces trois sujets présentaient tous un syndrome psychique complet et caractéristique de paralysie générale, du tremblement, de la dysarthrie, un signe d'Argyll-Robertson. L'un présentait en outre de l'abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs et des crises d'épilepsie. »

Targowla (4) admet qu'il existe des cas de paralysie générale sans altérations du liquide céphalo-rachidien.

(1) H. CLAUDE. — Paralysie générale sans syndrome humoral. *Rev. Neurol.*, 1931, p. 136-140.

(2) AHRONHEIM. — Negative Befunden im liquor bei syphilogene nervenkranken. *Psychiatr. Neurol. Wochenschrift*, 1931, 11, p. 624-629.

(3) O. CROUZON et J. HENRION. — Paralysie générale sans réactions du liquide céphalo-rachidien. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Lille, 1930, p. 196.

(4) René TARGOWLA. — Sur le syndrome humoral de la paralysie générale. *Ann. Mal. Vénér.*, 1932, p. 175-183.

Vanelli (1) conseille, pour faire le diagnostic de la paralysie générale, de se baser surtout sur les symptômes cliniques parce que, quoique rarement, le Bordet-Wassermann peut être négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Par contre, C. Albutch (2) déclare n'avoir pas trouvé un liquide céphalo-rachidien normal parmi les 236 cas de paralysie qu'il a traités par la malaria.

Nous avons eu également l'attention attirée par des cas de ce genre. Nous avons été frappés dans quelques rares cas de la dissociation catégorique qui existait entre le syndrome neuropsychique et le syndrome humoral.

Ces malades présentaient, à n'en pas douter, un tableau clinique caractéristique.

Pour certains d'entre eux, le même diagnostic avait été posé par plusieurs spécialistes successifs et qui ne s'étaient pas concertés. Même après l'infirmité sérologique, le doute clinique ne semblait pas possible. Et cependant, les résultats sérologiques étaient, ou négatifs, ou notablement insuffisants pour poser le diagnostic de la paralysie générale.

Nous n'avons gardé que les cas les plus représentatifs. En deux ans de temps et sur un ensemble de 174 paralysies générales, cinq cas ont présenté cette dissociation clinico-sérologique de manière tout à fait manifeste.

OBSERVATION I. — M. J., 41 ans. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Il y a 15 ans, a eu quelque chose, mais ne peut dire exactement quoi. Il n'a pas été traité par des piqûres. Marié il y a 7 ans. Pas d'enfants. Chapelier de son état. Depuis un certain temps était devenu impuissant. Habituellement, il était réservé et porté à la solitude.

Les derniers temps était devenu bizarre. Tantôt il présentait des préoccupations d'ordre organique et songeait à la maladie vénérienne qu'il avait eue dans le temps. Tantôt déclarait: « J'ai toute la science. » Il commettait quelques actes incohérents et avait détruit ou brûlé des marchandises. Huit à dix jours avant son entrée, le malade était devenu fort difficile et insomniaque.

A l'examen neurologique, il présente de la dysarthrie très nette avec achoppement aux mots d'épreuve, du tremblement de la langue et des muscles péri-buccaux, du Römberg, une abolition des réflexes

(1) Angelo VANELLI. — Les anomalies sérologiques du liquide céphalo-rachidien chez les paralytiques généraux. *Ann. Osp. Psych.*, Perugia, 1931, p. 111, 119.

(2) Carl ALBUCHT. — Betrachtungen über negativen Liquor spinalis bei Paralyse Tabes und Lues cerebrospinalis, 1932. *Deutsche Zeitsch. Nervenheilk.*

achilléens et rotuliens. Les signes pupillaires ne sont pas moins nets : Argyll-Robertson, inégalité pupillaire. Psychiquement il présente une légère confusion mentale et un syndrome dépressif anxieux. Il est assez incohérent et présente une diminution globale des facultés intellectuelles. Réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier présente la formule suivante : cytologie 0,6, albumine 0,15, Ravant + faible, Pandy, Weichbrodt, Noguchi négatifs.

OBSERVATION II. — V. V., 37 ans, amenée pour agitation et désorientation. Vivait dans des conditions misérables, aurait toujours été faible d'esprit ; présente des troubles gastriques qui semblent être d'origine tabétique. La malade présente une euphorie niaise. Pleure et rit avec la plus grande facilité. A une orientation dans le temps et l'espace très défectueuse. Des lacunes de mémoire et une attention très labile. Elle a des moments d'agitation coléreuse, est logorrhéique, parfois anxieuse.

Au point de vue neurologique, elle présente du tremblement très marqué des lèvres et de la langue, avec mouvement de trombone, de la dysarthrie avec achoppement aux mots d'épreuve, une abolition des réflexes papillaires et achilléens avec conservation des réflexes tendineux aux membres supérieurs.

Les pupilles sont inégales (G. > D.), irrégulières, et présentent le signe d'Argyll-Robertson. Il y a des troubles de la marche du type tabétique et un Römberg fortement positif. Dismétrie et adiadococinésie.

Le Bordet-Wassermann et le Kahn sont négatifs dans le sang et le liquide céphalo-rachidien qui a une cytologie de 0,2, albumine 0,10, Ravaut + faible, Pandy et Weichbrodt négatifs.

OBSERVATION III. — V. M., 52 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels notables. A toujours été physiquement et psychiquement bien portante. N'a eu ni enfants, ni fausses-couches. Son mari, qui souffrait de bronchite chronique, est mort six mois avant son entrée dans le service, de broncho-pneumonie. La malade en a été très triste, avait de l'inappétence et de l'insomnie. Depuis cinq jours était devenue très incohérente, « racontait des bêtises », se levait la nuit, disait qu'il brûlait, voulait se sauver.

A l'examen physique, anévrysme de l'aorte, double souffle systolique et diastolique à l'aorte, pression 13 1/2-6 1/2. Urée dans le sang, 65 ctgr., ni sucre, ni albumine dans les urines. Au point de vue neurologique, conservation des réflexes tendineux aux membres supérieurs. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens, Römberg positif, marche en talonnant. Pupilles en myosis, ne réagissant pas à la lumière et à l'accommodation, inégalité pupillaire (D. > G.). Dysarthrie et achoppement aux mots d'épreuve, tremblement de la langue et des muscles péribuccaux.

Mentalement : désorientation dans le temps et l'espace, lenteur de l'idéation, troubles de la mémoire, réponses à côté, euphorie alternant avec de la dépression anxieuse.

Bordet-Wassermann et Kahn négatifs dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, qui présente une cytologie de 1,6, albumine 0,20, Ravaut, Pandey, Weichbrodt, Noguchi négatifs.

OBSERVATION IV. — D. P., 49 ans. Antécédents héréditaires et personnels sans particularités, n'était pas buveur.

Entre dans le service pour excitation psychique, diminution du jugement et troubles de la mémoire. A présenté dans les derniers temps plusieurs crises épileptiformes avec parésie du côté droit pendant 24 heures.

Le malade est très euphorique, satisfait de son sort, content d'être à l'hôpital.

Indifférence affective complète, désorientation dans le temps et l'espace, diminution considérable des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire et du jugement.

Au point de vue neurologique, tremblement de la langue et des lèvres. Réflexes tendineux aux membres supérieurs normaux, abolis aux membres inférieurs, Römberg positif. Dysarthrie avec achoppement aux mots d'épreuve. Inégalité pupillaire (D. < G.), signe d'Argyll-Robertson.

Bordet-Wassermann et Kahn négatifs dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Le reste de la formule liquidienne est : cytologie 3, albumine 0,35, Ravaut, Pandey, Weichbrodt faiblement positifs.

OBSERVATION V. — H. A., 49 ans. Une tante maternelle aliénée, parents n'ayant rien présenté de particulier, enfant unique, a eu un enfant mort à 11 mois au cours de convulsions. Syphilis traitée, il y a vingt ans. Les derniers temps buvait beaucoup. A fait, il y a huit jours, un ictus apoplectiforme. Avant cela, avait des grands projets, se vantait, présentait des idées de persécution très exagérées.

Entré dans le service pour de l'incohérence dans les idées et les actes, des accès de violence alternant avec des périodes de calme et de stupeur. Il présente une diminution globale des facultés intellectuelles, de la diminution de la mémoire et de l'attention.

Au point de vue neurologique, il présente une réactivité normale, tant aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, du tremblement de la langue et des lèvres, de l'achoppement aux mots d'épreuve, un Römberg positif, de l'inégalité pupillaire et de l'Argyll-Robertson.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier a comme cytologie 8,8 éléments, albumine 0,22, Ravaut, Weichbrodt, Noguchi faiblement positifs, Pandey douteux.

Ces derniers faits opposent donc des cas de paralysie générale à sérologie pratiquement négative aux très nombreux cas de paralysie générale où, classiquement, le syndrome humoral est typique.

Pour comprendre ce fait, dont on ne semble pas, jusqu'à présent, avoir tenté une explication satisfaisante, il est opportun de s'en rapporter à l'étude du tabès.

Si l'on étudie le syndrome humoral du tabès, son anatomie pathologique et ses symptômes cliniques, l'on remarque que le syndrome humoral, et plus spécialement les altérations du liquide, précèdent l'apparition des phénomènes cliniques : c'est la période de réaction méningée préclinique de Ravaut. Celle-ci ne traduit, en somme, que la réaction méningo-névrique chronique, laquelle, elle-même, crée progressivement les altérations anatomo-pathologiques. Quand ces dernières arrivent à un degré de gravité suffisante, apparaissent enfin les symptômes cliniques : signes d'Argyll-Robertson, ataxie et phénomènes radiculaires.

Mais le tabès a pour lui une longue survie et nombreux sont les cas de tabès dont, à la longue, l'évolution (pour des raisons que nous essayerons de définir plus loin) entraîne la disparition des réactions méningées et même des réactions sanguines. Ces nombreux cas de tabès humoralement guéris n'en présentent pas moins des crises radiculaires typiques de la maladie. Comment comprendre ces crises dans lesquelles l'action du tréponème n'intervient plus ? Wagner Jauregg, Dujardin et Dupré, Gougerot ont signalé que ces crises peuvent être actionnées par des phénomènes toxiques ou toxi-infectieux banaux. Rappelons, par exemple, qu'une injection de tuberculine peut déclencher expérimentalement des douleurs fulgurantes chez un tabétique ; que la malaria peut également déclencher chez un tabétique des douleurs fulgurantes alors même qu'il n'en avait jamais ressenties dans le décours normal de sa maladie.

Il semble bien s'agir là d'un phénomène d'*hyperperxie*. Terme que l'on peut définir de la façon suivante : tout tissu qui est le siège d'une inflammation, et même tout tissu où une inflammation antérieure n'a cependant laissé aucune trace clinique, est susceptible de réagir exagérément vis-à-vis d'une toxine ou d'un antigène, tout comme s'il était apte à fixer électivement ces substances.

Le système nerveux, dans son ensemble, présente de nombreux exemples de cette hyperperxie (dite dans ce cas neuropexie). L'exemple le plus clair est celui des névrites post-sérothérapi-

ques. Pourquoi, dans l'intoxication sérique, un seul nerf peut-il réagir aussi intensément : parce que ce nerf a été, souvent un grand nombre d'années auparavant, le siège d'une névrite banale qui, cependant, ne laissait plus aucune trace clinique.

Des lésions anatomo-pathologiques du tabès pourront donc, dans certaines conditions, rester muettes si elles ne sont pas actionnées par une action toxique suffisante. Rappelons encore ces cas de tabès qui ne présentent leurs premières crises douloureuses qu'à l'occasion de la malarisation. En fait, les tabétiques, par leur état général de déchéance, présentent le plus souvent, en même temps que leurs lésions syphilitiques, des raisons d'auto-intoxication suffisantes pour rendre leurs crises fatales. Il est remarquable de constater que les tabétiques héréditaires n'ont que peu ou pas de crises radiculaires. Ces organismes encore jeunes n'ont pas les mêmes raisons d'intoxication, par insuffisance viscérale, que des tabétiques âgés de 50 à 60 ans (dans le même ordre d'idée, il est intéressant de signaler que le zona est indolore chez l'enfant et que la fréquence des douleurs croît avec l'âge du porteur).

Ces notions, actuellement bien connues pour le tabès, nous permettent de comprendre ces cas, apparemment très obscurs, de paralysie générale humorale normale. Ce que l'on sait de la pathogénie du tabès peut, en effet, s'appliquer sans difficulté à la paralysie générale : ils constituent le groupe homogène de la parasyphilis de Fournier.

Bien mieux, elles sont reliées l'une à l'autre par de nombreux cas mixtes : les tabo-paralytiques généraux. Soit que, chez un tabétique, comme tel, apparaisse une paralysie générale typique, soit que l'analyse clinique d'un cas de paralysie générale nous révèle l'existence d'un tabès fruste. On peut, du reste, relever à l'autopsie de nombreux cas de tabès l'existence de lésions anatomo-pathologiques typiques de la paralysie générale sans qu'on ait jamais constaté de phénomènes psychopathologiques pendant la vie.

Comme dans le tabès, on rencontre, dans la paralysie générale, les phases précliniques des réactions méningo-névratiques et cliniques des symptômes neurologiques et psychopathologiques et d'altérations anatomo-pathologiques.

Par contre, dans la paralysie générale laissée à elle-même, on ne rencontre que très rarement l'extinction de la virulence tréponémique et la guérison humorale. C'est que la prééminence de l'infection cérébrale dans la paralysie générale en fait une affection rapidement mortelle qui ne donnera pas, aux possibles

réactions salvatrices, le temps de se manifester. Dans le décours de la paralysie générale non traitée, il sera donc exceptionnel de voir s'effacer le syndrome humoral, ce qui est la règle dans le tabès. Pourtant, ces deux affections sont des syphilis anallergiques tardives, ce qui revient à dire que la généralisation tréponémique de la période secondaire à tous les tissus se prolonge anormalement. Si, au bout de quelques années, l'un ou l'autre foyer extra-nerveux devient plus important, se tertiarise, s'allergise, il aura pour effet d'arrêter l'évolution de la méningo-névrite dont ne subsisteront que des séquelles. La rapidité de l'évolution de la paralysie générale ne laisse généralement pas le temps à cette allergisation de se produire.

Ce sera déjà plus réalisable dans la tabo-paralysie où l'affection cérébrale, freinée sans doute par les nombreuses localisations extra-nerveuses du tabès, est généralement plus bénigne et susceptible de s'arrêter par le jeu seul des réactions organiques.

Il importe de noter que, sur les cinq cas présentés dans ce travail, quatre sont des tabo-paralysies générales.

On peut donc considérer que le syndrome humoral a évolué sans signes cliniques très apparents et s'est éteint ensuite en ne laissant que des lésions anatomo-pathologiques sans résultantes cliniques immédiates. La paralysie générale inapparente s'est allergisée en éteignant les symptômes humoraux.

Cet état, rare dans l'évolution de la paralysie générale non traitée, se présente de plus en plus souvent désormais après le traitement malarique de la paralysie générale qui peut entraîner la disparition des mêmes syndromes humoraux.

Un des effets de la malaria, et nous ne dirons pas le seul, est, en effet, de précipiter l'apparition d'un état allergique que l'organisme ne s'est pas montré apte à déclancher lui-même en temps utile.

Cette apparition provoquée de l'allergie pourra entraîner la disparition de phénomènes humoraux, même parfois lorsque subsistent tous les symptômes cliniques. La paralysie générale malarisée peut ainsi devenir une syphilis cérébro-spinale (1) dont les séquelles, plus localisées et anatomo-pathologiquement plus

(1) L'évolution de la syphilis cérébro-spinale tertiaire ou allergique présente en un temps relativement court trois phases :

- 1) phase préclinique des fortes réactions méningées.
- 2) phase clinique avec disparition des réactions méningées.
- 3) phase clinique avec disparition de tout syndrome humoral.

En s'allergisant, le tabès et la paralysie générale passent plus ou moins par les mêmes phases.

massives, seront de nature à modifier même complètement l'allure psychiatrique (exemple : la substitution d'un syndrome hallucinatoire chronique au syndrome psychopathologique classique de la paralysie générale).

En somme, dans beaucoup de cas de paralysie générale malarisée, comme dans quelques cas très rares de paralysie générale non traitée et surtout de tabo-paralysie générale, le parallélisme habituel entre le syndrome humoral et le syndrome clinique disparaît. Grâce à l'allergisation provoquée ou spontanée, le syndrome humoral disparaît. Cette disparition se produit tantôt après apparition des symptômes psycho-pathologiques qui ont imposé à la fois le diagnostic et le traitement. C'est le cas de la paralysie générale malarisée, dans laquelle le syndrome humoral peut disparaître en même temps que se produit la guérison clinique ou sans que celle-ci se produise. Tantôt avant l'apparition des symptômes psychopathologiques de la paralysie générale. C'est le cas des sujets malarisés sur simple constatation d'un syndrome humoral préclinique. C'est sans doute le cas également des paralytiques généraux sans syndrome humoral dont nous venons de donner cinq exemples. Chez ces derniers, le syndrome humoral a évolué et s'est éteint avant l'apparition de tout signe clinique de paralysie générale.

Qu'est-ce qui va, dès lors, déclancher le syndrome clinique de la paralysie générale chez ces sujets ?

Quoiqu'humoralement guéris, ils n'en ont pas moins des lésions anatomo-pathologiques du névraxe. Ces lésions pourront rester muettes. Mais elles pourront aussi s'éveiller sous l'action de toxi-infections. Nous pouvons, en effet, concevoir que les lésions anatomo-pathologiques une fois créées pourront conserver leur action neuropexique bien au-delà du moment où se sera éteinte la virulence triponémique. Par la suite et sous l'effet d'une influence toxi-infectieuse neuve, par neuropexie, ils pourront dès lors présenter une poussée de paralysie générale.

C'est ce que nous pouvons aisément constater chez des paralytiques généraux que la pyrétothérapie a apparemment guéris ou notablement améliorés. Sous l'action de toxi-infections, reconnues ou non, ils peuvent présenter de véritables rechutes de paralysie générale. C'est ainsi que nous avons vu nous revenir un certain nombre de paralytiques généraux rentrés chez eux après traitement et récidivant par suite d'excès alcooliques. Nous avons pu constater, mais plus rarement, des cas du même genre après des infections banales. Dans d'autres cas, la rechute se produit après des années de bon état clinique, sans cause décelable.

De même, dans les cas plus complexes qui nous occupent, il est vraisemblable que des auto ou exo-intoxications, ou des infections plus ou moins anodines, sont à la base du déclenchement du syndrome psychopathologique. Celui-ci, malgré l'absence d'éléments humoraux typiques, a toutes les apparences cliniques de la paralysie générale et les diagnostics cliniques, faits souvent successivement par divers psychiatres et sans s'être concertés, sont tout à fait concordants.

Ces faits n'ont pas seulement la valeur de raretés pathologiques. Leur portée est plus grande. Ils viennent s'ajouter à bien d'autres pour nous montrer que les manifestations psychopathologiques, même quand elles semblent être sans substratum organique décelable, peuvent pourtant dépendre d'épisodes morbides antérieurs qui semblent ne pas avoir laissé de suites, ou qui, même, n'ont pas éveillé l'attention. Par le mécanisme de la neuropexie, dont nous avons parlé, les lésions, parfois très fines et se passant dans l'intimité profonde des tissus, constituent des endroits de moindre résistance, qui peuvent rester longtemps muets, mais que n'importe quel incident pathologique peut mettre en action. Il y a alors une disproportion apparente entre l'événement morbide actuel et les réactions psychopathologiques qu'il déclenche. Mais ces derniers sont bien moins le reflet de ces incidents actuels que des accidents antérieurs qui ont plus ou moins profondément perturbé l'économie nerveuse. Et les psychoses les plus essentielles ne sont, bien souvent, que la résultante éloignée d'atteintes nerveuses restées inapparentes et que des causes, souvent banales, viennent réveiller.

LES TENDANCES ACTUELLES DE LA PSYCHIATRIE DANS LES PAYS SCANDINAVES (1)

PAR

H. HELWEG

Les recherches psychiatriques effectuées en Scandinavie au cours de ces dernières années se sont occupées des problèmes qui, ailleurs également, se trouvaient à l'ordre du jour ; parmi ceux-ci le problème de la constitution, celui de l'épilepsie, le problème de la schizophrénie, les conditions d'hérédité des psychoses endogènes ont occupé une place de premier plan.

Il paraît dans les pays scandinaves un nombre relativement élevé de travaux et l'on cherche à se rattacher à la vie scientifique des grands pays en publiant la plupart de ces études dans l'une des principales langues européennes. Les ouvrages les plus importants sont souvent publiés en allemand ou en anglais, les études moins volumineuses paraissent dans des revues allemandes, anglaises ou françaises. Depuis 1926, la Suède, la Norvège, la Finlande, le Danemark et les Pays-Bas se sont réunis pour publier une revue psychiatrique : « *Acta psychiatria et neurologica* », qui paraît à Copenhague et dont les articles sont imprimés en allemand, en français et en anglais. Cette revue publie les rapports des Congrès scandinaves de psychiatrie et de neurologie qui se tiennent, les premiers, tous les trois ans, les derniers, tous les deux ans, et à tour de rôle, dans les quatre capitales des pays scandinaves.

(1) Cet article du Professeur H. HELWEG, Médecin-Chef du Rigshospitalets de Copenhague, et successeur du Professeur Aug. VIMMER, fait partie d'une série d'articles consacrés par les *Annales Médico-psychologiques* à une enquête internationale sur les tendances de la psychiatrie contemporaine (voir *Ann. Méd.-psych.*, 1936, t. I, p. 359, 554 et 718 ; 1937, t. I, p. 736).

Au centre de l'étude de la *constitution* en Scandinavie se trouve l'ouvrage de Max Schmidt, publié en allemand, en 1929 : « Körperbau und Geisteskrankheit » (Monographien aus d. gesamtgeb. der Neur. u. Psych. Springer, Berlin). Parmi les nombreux essais qui ont été entrepris à la suite de l'ouvrage retentissant de Kretschmer, « Körperbau und Charakter », et dans le but d'appuyer la classification en types de Kretschmer sur des mensurations anthropologiques, ce travail est sans doute l'un des plus remarquables. Les observations portent sur 433 malades, dont 167 atteints de psychose maniaco-dépressive, 200 de schizophrénie et les autres de psychoses atypiques. Les mensurations faites avec une minutie toute particulière donnent à cet ouvrage une valeur spéciale et confirment la doctrine de Kretschmer, pour autant que les types de constitution, tels les types pyknique, leptosome et dysplastique, se répartissent entre les deux grands groupes de psychoses endogènes, et cela dans un rapport qui correspond assez exactement à celui de Kretschmer. Par contre, Schmidt est peu disposé à faire du type athlétique un type spécial.

On peut considérer maintenant que les types pyknique et leptosome sont une réalité, bien qu'il faille toujours se rappeler que, dans les traits essentiels, la différence ne peut être évaluée que collectivement. Les diverses mensurations montrent une grande variabilité et aucune mesure spéciale chez un individu donné n'est décisive. A cet égard, en se basant sur ses mensurations, Schmidt est cependant arrivé à ce résultat que la largeur zygomatique, aussi bien chez les pykniques et les leptosomes que chez les maniaco-dépressifs et les schizophrènes, montre des variations certaines. En prouvant l'importance particulière de cette mesure, qui conditionne à un haut degré la forme du visage, il a confirmé le point de vue de Kretschmer, qui attache beaucoup de poids à la forme de la tête et du visage dans la détermination des types. Se rendant nettement compte de la portée du matériel d'observation, Schmidt rejette la pensée de pouvoir prouver une corrélation entre les différentes propriétés qui déterminent le type. Il considère qu'il est improbable que la psychose et la constitution somatique soient des facteurs directement dépendants, mais il suppose qu'ils doivent être envisagés comme des facteurs constitutionnels convergents.

Schmidt n'attribue pas à la constitution somatique une importance décisive dans le pronostic des psychoses endogènes, mais ce fait ayant été fortement relevé par d'autres (notamment par Mauz), on s'est aussi efforcé dans la psychiatrie scandinave de

trouver un indice qui permette, dans un examen clinique ordinaire, de déterminer le type de constitution somatique, sans avoir recours aux mesures compliquées de Kretschmer. Ici comme partout ailleurs, l'attention s'est portée notamment sur deux types principaux : pyknique et leptosome ; les autres types : athlétique et dysplastique, etc., étant ordinairement considérés comme des variantes du leptosome.

Un excellent indice a été établi en 1933 par Wigert (de Stockholm) (*Acta psych. et Neur.* 8, p. 465, 1933 et 11, p. 405, 1937). L'indice de Wigert s'exprime comme suit :

$$\frac{\text{longueur des jambes}^2}{\text{largeur de la poitrine} \times \text{profondeur de la poitrine}} \times 10.$$

Au point de vue mathématique, il est identique à celui posé antérieurement par Benedetti et Vinci. Il constitue un progrès notable par rapport aux indices utilisés précédemment, du fait que la corrélation entre les types déterminés d'autre manière et les résultats de l'indice est beaucoup plus élevée. L'indice de Wigert a cependant le défaut d'utiliser, comme l'un des facteurs, la longueur des jambes ; or, c'est là une mesure qu'il est très difficile de donner exactement.

C'est pourquoi, il convient vraisemblablement de reconnaître qu'un progrès a été réalisé par Erik Strømgen (de Copenhague), qui a établi récemment (*Z. Neur.*, 159, I, 1937) un nouvel indice, basé sur la hauteur du corps, la largeur et la profondeur de la poitrine, indice qui peut se calculer très rapidement et très facilement à l'aide d'un diagramme. Il n'est pas probable que l'on puisse simplifier encore la détermination des types ; mais, grâce à cette manière de procéder, qui ne demande que quelques minutes, il est possible, au cours d'un examen clinique ordinaire, de déterminer la relation d'un sujet par rapport aux deux types principaux et de l'exprimer par une seule donnée numérique.

Depuis qu'en 1913, dans un travail gigantesque, Lundborg (Suède), établit des tableaux généalogiques détaillés qui semblaient rendre probable l'hérédité récessive de la démence précoce, le plus important travail effectué en Scandinavie dans le domaine de l'hérédité est dû à Jens-Chr. Smith (Danemark) qui, en 1924, étudia les conditions de l'hérédité des psychoses atypiques. Smith prouve que la combinaison des diathèses maniaco-dépressive et schizophrénique entraîne une tendance prononcée à la présence de psychoses, dont la moitié environ apparaissent comme des psychoses pures, typiques, correspondant à

l'une ou l'autre des prédispositions réunies, tandis que l'autre moitié forme un tableau bigarré de psychoses atypiques qui tirent leurs symptômes des deux groupes. Smith admet également qu'une diathèse maniaco-dépressive combinée à des prédispositions schizophréniques puisse favoriser l'apparition de la schizophrénie, mais son matériel d'observation n'était pas suffisamment étendu pour pouvoir donner sur ce point autre chose que des présomptions.

Dans un ouvrage de 1929, Smith présenta des recherches se rapportant à la *débilité mentale* chez les *jumeaux*. Il est arrivé à ce résultat que les recherches effectuées antérieurement en Scandinavie (Wimmer) ont méconnu l'importance de l'hérédité dans la débilité mentale. Tandis que Wimmer estime que 20 0/0 de cas de débilité mentale sont héréditaires, Smith est porté à croire, au contraire, que 20 0/0 sont acquis et 80 0/0 héréditaires.

Sjögren (Suède) et Looft (Norvège), ainsi que d'autres, ont étudié également les conditions de l'hérédité de la débilité mentale. En opposition avec Smith, ce dernier a observé que les jumeaux se trouvent plus souvent parmi les imbéciles que parmi les enfants normaux et il voit là une certaine relation entre les naissances gemellaires et l'oligophrénie.

Wildenskov (Danemark) a fait, en 1934, une étude approfondie sur les causes d'insuffisance mentale (publiée en anglais : *Investigations into the causes of mental deficiency*). Il examine les cas légers et les cas graves d'oligophrénie chacun en particulier et trouve qu'il y a une grosse différence entre ces deux groupes. Tandis que la charge héréditaire est relativement faible dans les cas graves, on la trouve dans 65 0/0 des cas légers d'oligophrénie, soit un chiffre qui se rapproche quelque peu des présomptions de Smith.

Il convient de faire remarquer à cet égard que le Danemark a adopté en 1934 une loi qui rend possible dans une large mesure la *stérilisation* sexuelle des oligophrènes ; il est donc possible maintenant de lutter contre la débilité mentale héréditaire. La stérilisation n'est pas limitée à ces cas, une autre loi de 1935 (abrogeant une ancienne loi de 1929) permet également la stérilisation des non-débiles, pour des motifs eugéniques et autres ; toutefois, la lutte contre l'oligophrénie héréditaire est favorisée par des dispositions législatives qui rendent particulièrement facile l'application de la stérilisation sexuelle.

Tout spécialement au Danemark, l'*épilepsie* a retenu l'attention au cours des derniers vingt ans et deux écoles indépendantes ont fourni des travaux importants dans ce domaine. Les re-

cherches furent entreprises vers 1917 par Bisgaard, qui, antérieurement, dans un travail de grand mérite, avait élaboré une excellente méthode quantitative pour déterminer cliniquement l'albumine du liquide céphalo-rachidien. Bisgaard et ses élèves (Jarløv, Nørvig, Erik Larsen, Jørgen Madsen, Hendriksen) publièrent au cours des années suivantes une longue série de travaux qui traitaient tous de la teneur en ammoniacque du sang de l'épileptique. Au début, ces recherches éveillèrent de grands espoirs. L'ouvrage de Nørvig (1921), notamment, fit supposer que l'on pourrait, en déterminant certains troubles spéciaux de la teneur en ammoniacque du sang (dysregulatio ammoniaci), définir l'épilepsie proprement dite comme une maladie différente des autres formes d'épilepsie qui, selon toute probabilité, se rattachent à une insuffisance thyroïdienne ou parathyroïdienne. La perspective s'ouvrait à l'entière compréhension de la nature même de la maladie et à l'application d'une thérapeutique efficace. Ces espoirs ne furent toutefois pas entièrement réalisés. Les résultats et la méthode furent critiqués de plusieurs côtés (Warburg, Schröder et d'autres) et dans une étude extrêmement minutieuse, Jørgen Madsen (1933) soumit pour ainsi dire toute la question à une révision définitive. L'importance des modifications de l'équilibre acido-basique de l'organisme fut beaucoup diminuée et il fut relevé que l'augmentation de l'ammoniacque éliminée dans l'urine — fait auquel on attachait tant de poids antérieurement — devait être considérée comme faisant partie d'un mécanisme biologique plus compliqué dont le résultat final est la production de crises convulsives.

Dans l'intervalle, l'étude de l'épilepsie était entreprise au laboratoire dirigé par H. J. Schou, à l'Asile des épileptiques Filadelfia (Dianalund). Hendriksen examina (1928) le rapport entre la spasmophilie et l'épilepsie, et notamment l'importance de l'hyperventilation ; il est d'avis que les crises épileptiques proviennent essentiellement de troubles vasomoteurs sous forme d'un système capillaire labile. On supposa que cette labilité avait été occasionnée par des troubles hormonaux. Carl Clemmesen examina (1932) le traitement par l'inanition dans les crises épileptiques et crut voir dans la déshydratation de l'organisme la cause de l'action frénatrice de l'inanition sur les crises. L'étude du problème fut poussée plus avant (1936) par Stubbe-Teglbjerg dans un important ouvrage sur le métabolisme de l'eau dans l'épilepsie. D'après Stubbe-Teglbjerg, l'épilepsie est due à deux facteurs pathogénétiques au moins, dont l'un est une particularité constitutionnelle, un abaissement du seuil de crampe, tandis

que l'autre est une lésion du cerveau qui peut être de nature très différente.

Ces travaux, ainsi que les nombreuses petites études effectuées par le chef du Laboratoire, H. J. Schou et ses collaborateurs, ont permis de poursuivre les recherches dans des domaines toujours nouveaux et ont grandement contribué à l'étude de l'épilepsie. Au cours des derniers temps, on s'est beaucoup servi de l'encéphalographie pour poser le diagnostic de l'épilepsie et on peut sans doute s'attendre à voir des communications intéressantes paraître sur ce sujet.

Tandis que l'étude de l'épilepsie a eu son siège central au Danemark, c'est en Norvège, notamment par les travaux de Gjessing à l'asile de Dikemark, que les recherches les plus importantes ont été effectuées sur la *schizophrénie*. Les recherches de Gjessing sont réalisées avec un soin et une minutie extrêmes : on peut même dire que, dans ce domaine, Gjessing a préconisé une méthode toute nouvelle de recherches. Dans son travail sur les états de stupeur catatonique, publié dans les Archives de Psychiatrie (tome 96), il rend compte de 19 cas, qui ont tous été rigoureusement examinés avec le concours d'une équipe de collaborateurs entraînés. Toutes les complications occasionnelles, même les petites infections les plus insignifiantes, furent décelées et scrupuleusement éliminées. Les malades furent ensuite sévèrement observés durant une longue période, durant des mois, voire même des années, au point de vue des fonctions biologiques : poids du corps, température, métabolisme basal, métabolisme de l'eau, tableau sanguin, pouls, éliminations par l'urine et les fèces, état psychique, etc. Les mouvements des malades furent enregistrés au moyen d'un dispositif ingénieux de manière à obtenir une mesure du degré plus ou moins profond de la stupeur. Ces recherches permirent de distinguer deux types de stupeur : d'une part, une forme de stupeur catatonique périodique avec début et fin critique (type *ss*), d'autre part, une forme plus aperiodique avec début et fin lytique (type *aa*). Le premier type est plus rare, apparaît plus fréquemment chez les pykniques et la maladie de ces patients n'aboutit pas à la démence. Le type *aa*, plus fréquent, se trouve de préférence chez les malades à constitution leptosome et aboutit généralement à la démence.

Dans les états de stupeur, on constate une augmentation du métabolisme basal, tandis qu'à l'état « éveillé », il est diminué. L'augmentation apparaît brusquement, au moment même où la stupeur commence. Dans la période éveillée, il se fait une rétention de l'azote, tandis que durant l'état de stupeur l'élimination

de l'azote augmente. On constate simultanément des modifications du pouls ; durant la période éveillée, le pouls est vagotonique, mais il oscille dans le sens sympathicotonique durant l'état de stupeur. Celui-ci est donc en opposition marquée avec le sommeil normal et constitue dans son ensemble un état vagotonique ; il est possible que l'on puisse considérer la stupeur comme une régulation qui compense la rétention qui s'est produite à l'état éveillé.

Les efforts de Gjessing tendent apparemment à faire entrer l'étude de la schizophrénie dans de nouvelles voies. Il exposa ses points de vue au cinquième Congrès scandinave de psychiatrie, à Copenhague, en 1932 (*Acta psych. et neur.*, 8). Il estime que l'étude psychopathologique de la schizophrénie n'est pas le chemin à suivre ; les ressources sont épuisées et l'on n'a pu faire la lumière sur la véritable nature de la schizophrénie ; il n'a même pas été possible d'établir si la schizophrénie est une unité malade. Gjessing considère que cela est extrêmement invraisemblable ; il faut bien plutôt envisager le terme schizophrénie comme un collectif hétérogène, derrière lequel se cachent une série de maladies diverses. L'étude de ces états doit avoir lieu par la voie somatique, mais Gjessing estime également que la plupart des recherches effectuées dans cette voie sont erronées. On a étudié, en effet, l'un ou l'autre état somatique, l'une ou l'autre fonction biologique chez un grand nombre de malades, réunis sur la base de points de vue psychopathologiques, sans que l'on puisse être certain d'observer la même maladie. Les recherches sont souvent effectuées « à coup de sonde », avec un nombre relativement bas d'épreuves pour chaque individu et sans avoir la certitude que les résultats obtenus au moment de l'examen sont réellement en relation avec le cours complet de la maladie.

Gjessing établit sa méthode de travail — dont il a été question ci-dessus dans l'exposé sommaire des états de stupeur catatonique — en opposition à ces faits. Chaque cas de schizophrénie est pour ainsi dire considéré comme une maladie spéciale, dont il faut étudier l'étiologie et la genèse, ce qui a lieu par l'enregistrement des fonctions somatiques et biologiques du malade durant une longue période et dans un domaine aussi étendu que possible. En même temps, l'état psychique est enregistré quotidiennement, afin de pouvoir en fixer définitivement la relation. Gjessing attache un poids tout particulier, ainsi qu'il est dit plus haut, à l'isolement de la maladie qui est étudiée. Avant chaque série d'essais, il recherche très minutieusement toutes

les infections adventices qui doivent être totalement guéries avant que l'enquête proprement dite soit entreprise.

Les travaux de Gjessing, qui sont de longue haleine, impriment une orientation nouvelle à l'étude somatique de la schizophrénie et doivent être considérés comme l'apport le plus précieux et le plus original qu'ait enregistré la psychiatrie scandinave au cours des derniers vingt ans ou plus.

Il ne faut cependant pas oublier que d'autres également ont étudié le problème de la schizophrénie. Dans un gros ouvrage paru en allemand, en 1929, (*Zur Pathologie der Dementia præcox*), Reiter (Danemark) a essayé de montrer l'importance de l'infection intestinale chronique et de l'auto-intoxication qui en découle dans l'étiologie de la schizophrénie. Lingjærde (Norvège), qui appartient à l'école de Gjessing, a, en 1933, étudié les fonctions du foie et, en partant d'un point de vue qui se rapproche des considérations psychopathologiques de Berze, a cherché à poser une frontière entre le stade actif du processus schizophrénique et le stade défectueux inactif. On observe des perturbations des fonctions du foie dans 80 0/0 des cas à la phase active.

D'autres chercheurs ont contribué à l'étude de la somatologie schizophrénique et l'idée lancée par Gjessing, suivant laquelle une intime collaboration scandinave devrait mener à une répartition des sujets parmi les différents chercheurs, de manière à travailler d'après un plan collectif, sera peut-être réalisée peu à peu.

Le principe original de l'école norvégienne c'est de ne pas disséminer les forces sur un grand nombre d'objets, mais de se concentrer sur la schizophrénie. C'est pourquoi on ne s'est pas occupé jusqu'à présent de la somatologie de la *psychose maniaco-dépressive*. Par contre, ce sujet a hautement préoccupé le psychiatre solitaire mais extrêmement attaché à ses études, Helgi Tomasson, d'Islande. La petite population islandaise, qui a acquis son indépendance politique par l'union personnelle avec le Danemark, a institué, au cours des dix dernières années, sa propre organisation hospitalière pour les aliénés. Le chef en est Tomasson qui s'est occupé particulièrement de recherches sur les électrolytes du sang (calcium, potassium, sodium et ions hydrogènes), ainsi que l'état du système nerveux végétatif dans la psychose maniaque dépressive. Le point essentiel du premier grand ouvrage publié par Tomasson, en 1927, est d'avoir prouvé que les modifications affectives, aussi bien dans la psychose maniaque dépressive que dans la démence précoce, suivent très

exactement les modifications de la teneur du sérum en calcium. Plus tard, sur la base de ses hypothèses, Tomasson s'est occupé dans une large mesure d'essais thérapeutiques avec des matières qui influent sur le système nerveux végétatif ; il pense avoir constaté que le folium jaborandi contenant de la pilocarpine et l'ergotoxine ont un effet favorable sur les inhibitions et les légers états de crainte, tandis que, par contre, l'éphédrine augmente la sensation de crainte. Tomasson traite les exaltations maniaques avec une combinaison d'acéthylcholine et d'éphédrine et pense avoir réussi à raccourcir ainsi beaucoup le cours de la maladie.

Il convient également de signaler l'intérêt des psychiatres scandinaves et notamment des psychiatres danois pour le problème de la *pellagre*. Cet intérêt fut éveillé en 1932 par Hess-Thaysen, docteur en médecine interne qui, ayant prouvé la présence de la pellagre au Danemark, crut pouvoir en attribuer les causes à un manque de vitamines B2. On constata par la suite une série de cas de pellagre dans les hôpitaux d'aliénés et la discussion ouverte sur la nature de ces cas, prit une tournure spéciale du fait qu'elle suscita l'étude de la question de la teneur en vitamine de l'alimentation de ces hôpitaux. Reiter et Jacob Jacobsen publièrent un gros ouvrage, en 1935, sur ce sujet (*Pellagroide Dermatosen an Geisteskranken*) ; ils exposèrent des recherches comparatives portant sur 955 malades d'hôpitaux d'aliénés et 881 détenus de prison. Bien que la nourriture des prisons soit sans doute beaucoup plus pauvre en vitamines que celle des hôpitaux d'aliénés, on constata, chez les aliénés, des dermatoses pellagroïdes — le plus souvent à un degré léger — dans 19,3 0/0 des cas, tandis que ce pourcentage ne s'élevait qu'à 4,5 0/0 dans les prisons. Le manque de vitamines B2 ne semblerait donc pas être le facteur causal essentiel, ou en tout cas pas le seul facteur de la pellagre chez les aliénés. Reiter attache beaucoup d'importance aux troubles gastro-intestinaux chez ces malades et notamment chez les schizophrènes.

Stubbe-Teglbjerg et ses collaborateurs ont d'ailleurs hautement contribué à l'étude de la pellagre ; ils ont montré qu'il existait un rapport entre la pellagre et les fonctions ventriculaires. Les cas graves de pellagre qui ne s'améliorent pas par le traitement par les vitamines sont guéris par le traitement par des préparations ventriculaires, connues de la thérapeutique de l'anémie pernicieuse. Stubbe-Teglbjerg est d'avis qu'un trouble végétatif psychogène ou organique entraîne l'anorexie, l'achylie et probablement aussi d'autres troubles gastro-intestinaux. Il en ré-

sulte une diminution de l'apport en vitamines ou une résorption diminuée de vitamines B2, ce qui fait apparaître les symptômes pellagroïdes ; en conséquence, ceux-ci ne disparaissent que dans les cas légers par un traitement abondant en vitamines. L'affection primaire serait donc de nature nerveuse, et Stubbe-Teglbjerg estime aussi que le point de départ de la maladie se trouve dans le système nerveux central, peut-être dans les centres hypothalamiques.

La *psychanalyse* n'a jamais trouvé de nombreux adhérents dans les pays scandinaves et notamment pas au Danemark, où les psychiatres se sont relativement peu occupés de la psychanalyse proprement dite et où les psychanalystes non-médecins ne jouissent que de peu d'estime. En Norvège, on s'intéresse sans doute plus à la psychanalyse, mais dans le cercle proprement dit des psychiatres, on la considère cependant avec une certaine réserve (Ragnar Vogt). En ce qui concerne la Suède, il faut cependant relever Poul Bjerre qui jouit à juste titre d'une grande estime comme psychothérapeute et qui, dans une série de travaux (réunis récemment en une édition en 8 volumes), a rendu compte de ses idées et de ses méthodes ; Bjerre ne se rallie pas à une tendance donnée de la psychanalyse, ses idées sont empreintes d'éclectisme sain et, dans ses efforts pour élaborer une psychothérapie pratique et efficace, il s'est bien appuyé sur Freud, mais il a cherché à ne pas tomber dans les exagérations qui ont mené tant de partisans de la psychanalyse à l'absurdité.

Il ressort de cet aperçu sommaire qu'en Scandinavie l'intérêt primordial se porte sur les recherches somatologiques. Les nombreux travaux, plus disséminés, qui n'ont pas été cités chacun en particulier, traitent pour la plus grande partie des conditions somatologiques des psychoses. Le travail clinique n'a cependant pas été négligé et il convient de relever que les deux plus éminentes personnalités de la psychiatrie scandinave de ce siècle sont deux cliniciens par excellence, Bror Gadelius, à Stockholm, et August Wimmer, de Copenhague, ce dernier décédé en mai 1937.

Gadelius, qui semble maintenant avoir achevé l'œuvre à laquelle il s'est consacré, est plutôt un psychopathologue. Il a réuni les résultats des expériences acquises durant une vie d'études dans un ouvrage très important qui, sous une forme résumée, a été publié en anglais, en 1933, sous le titre de « Human mentality ». Gadelius développe dans cet éminent travail le point de vue psychopathologique qu'il adopta en réalité avant tout autre et d'après lequel les psychoses endogènes doivent être

considérées à un degré beaucoup plus élevé comme des formes de réaction que comme des unités nosologiques. Gadelius s'est d'ailleurs intéressé, au cours des dernières années, à la psychopathologie de l'esthétique et il a publié d'intéressantes études pathographiques.

L'apport le plus important dans le domaine de la psychiatrie clinique proprement dite a cependant été fourni par Wimmer. En raison de l'intérêt qu'il portait à la psychiatrie française, on put dire qu'il fut le représentant de la psychiatrie française en Scandinavie durant les vingt dernières années. Parmi les très nombreuses études cliniques communiquées par Wimmer au cours des dernières années, il y a lieu de relever tout particulièrement ses deux livres sur l'encéphalite épidémique, dont il a minutieusement et profondément étudié la clinique. Ils ont tous deux été publiés en anglais (*Chronic epidemic encephalitis*, 1924 et *Further studies upon chronic epidemic encephalitis* 1929). Le dernier travail de Wimmer, paru six mois avant sa mort, fut un manuel « *Speciel klinisk psykiatri* » (Psychiatrie clinique spéciale), qui est empreint, d'un bout à l'autre, des connaissances étendues de Wimmer et de sa froide estimation clinique. Ce travail monumental mettait fin à la riche activité d'un auteur psychiatrique d'une valeur inestimable pour la Scandinavie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 Octobre 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 8 juillet et le procès-verbal de la séance du lundi 26 juillet 1937 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de M. le D^r Pierre CHATAGNON et de Mme le D^r M. COLLET, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

des lettres de MM. les D^{rs} ASCHAFFENBURG, professeur honoraire de psychiatrie à l'Université de Cologne ; Stépan BALEY, professeur de psychologie pédagogique à l'Université de Varsovie ; BOUMAN, professeur de psychiatrie et de neurologie à l'Université d'Amsterdam ; KRETSCHMER, professeur de psychiatrie à l'Université de Marbourg ; H.W. MAÏER, professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich ; MEYERS, d'Amsterdam ; PAMEIJER, de La Haye ; REES, de Londres ; RÜDIN, professeur-directeur de l'Institut Kaiser-Willelm à Munich ; SOBRAL-CID, professeur de psychiatrie à l'Université de Lisbonne ; STUMPER, d'Ettelbrück, et WIGERT, professeur de psychiatrie à Stockholm, qui remercient la Société de les avoir élus *membres associés étrangers* ;

des lettres de Mme le D^r Charlotte CROZET, médecin-chef à l'hôpital

psychiatrique de Saint-Venant ; de MM. les D^{rs} Georges DAUMÉZON, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines ; Louis ANGLADE, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pont-L'Abbé-Picauville, et Pierre DOUSSINET, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants nationaux* : la Société désigne une Commission composée de MM. CAPGRAS, Th. SIMON et Xavier ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu à la séance du 22 novembre prochain ;

des lettres de MM. les D^{rs} G. DE MORSIER, privat-docent de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Genève ; W. BELJERMAN, de Delft, président de la Société de neurologie de Zuid-Holland, et Constantin GAROPHALIDES, d'Athènes, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres associés étrangers* : la Société désigne une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, LAIGNEL-LAVASTINE et COLLET, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu à la séance du 22 novembre prochain.

Election de 3 membres correspondants nationaux

Après lecture des rapports de MM. BROUSSEAU et DESRUELLES, au nom d'une Commission composée de MM. BROUSSEAU, DESRUELLES et HAMEL, pour l'examen des candidatures de MM. les D^{rs} GARDIEN et PIERSON, il est procédé au vote :

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. GARDIEN	24 voix.
M. PIERSON	24 —

M. le D^r GARDIEN, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Limoux, et M. le D^r PIERSON, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Ber-Réhid, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Après lecture d'un rapport de M. H. BARUK, au nom d'une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, P. COURBON et H. BARUK, il est procédé au vote :

Nombre de votants	28
Majorité absolue	15

A obtenu :

M. PUECH	28 voix.
----------------	----------

M. le D^r Pierre PUECH, neuro-chirurgien assistant de l'hôpital de la Pitié, est nommé *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

PRÉSENTATIONS ET COMMUNICATIONS

Le sentiment de non création personnelle chez l'halluciné,
par M. Xavier ABÉLY.

De la discussion qui se poursuit depuis quelques mois devant notre Société sur le problème de l'hallucination, une impression me paraît se dégager : c'est que la théorie de l'automatisme mental, qui avait brillé d'un si vif éclat depuis Baillurger jusqu'à de Clérambault, subit une importante éclipse. C'est aussi qu'on tend de plus en plus à lui substituer des pathogénies intellectuelles ou affectives. Ceux-là même qui accordent encore quelque considération à l'automatisme, le subordonnent à des troubles primordiaux de l'intelligence et de l'affectivité. Il y a là, me semble-t-il, un discrédit immérité qui autorise une tentative de remonter ce double courant ; d'une part, rétablir la prépondérance de la notion d'automatisme psychique ; d'autre part, accorder, à nouveau, à cette notion, sa signification réelle et primitive qui implique un trouble psychomoteur, une perturbation de l'activité psychique dans son sens le plus dynamique. Je ne veux pas rechercher les causes de cette défaveur de l'automatisme. Il en est une cependant qui est évidente, c'est l'extension exagérée que l'on a donnée à cette notion qui a fini par perdre toute précision. Elle est arrivée, comme tant d'autres théories trop exubérantes, à envahir toute la psychiatrie. Ce serait faire œuvre utile que d'en fixer les limites et les divisions légitimes. Ce serait là une entreprise très vaste. Je n'ai l'intention d'aborder aujourd'hui que l'étude de l'automatisme subjectif, c'est-à-dire du sentiment d'automatisme tel qu'il est éprouvé par l'halluciné. C'est une recherche d'ordre psychopathologique et clinique, sans prétention pathogénique. Il est peut-être présomptueux, après les nombreux travaux consacrés à ce sentiment dans ses rapports avec l'hallucination, notamment ceux de Janet et Séglas, de prétendre lui apporter des précisions nouvelles et surtout d'en critiquer la conception classique. Nous avons tenté cependant d'en faire encore une analyse aussi approfondie que possible afin de découvrir la forme la plus élémentaire, la plus simple, de ce qu'on peut appeler le sentiment hallucinatoire.

L'automatisme objectif. — Le champ de l'automatisme subjectif est déjà beaucoup plus réduit que celui de l'automatisme

apprécié théoriquement ou objectivement. Une énorme catégorie de phénomènes psychiques et psychomoteurs, que l'observateur étranger considère comme automatiques, sont jugés par le sujet comme parfaitement libres. Il y a aussi une discrimination profonde à établir entre le mécanisme intracérébral réel et la conscience qu'en a le sujet. Il ne faut pas oublier que la notion de fonctionnement indépendant de certains éléments psychiques et les conceptions de désagrégation, de dissociation mentale qui en découlent sont de simples théories, de dissociation mentale qui en découlent sont de simples théories, sous quelque forme psychologique ou organique qu'elles soient exprimées. Il y a là la même différence qu'entre la théorie du libre arbitre ou du déterminisme et le sentiment de liberté. Nous n'avons en vue ici que les données de l'introspection du malade. Ces sentiments ne représentent peut-être que des illusions. Peu nous importe, puisque nous ne nous plaçons qu'au point de vue phénoménologique. Encore faut-il, pour que nous retenions ce sentiment, qu'il soit immédiat et spontané. Il y a des pseudo-sentiments d'automatisme comme il y a des pseudo-sentiments de liberté, fruits secondaires d'une élaboration intellectuelle. C'est ainsi que le théoricien du déterminisme, qui arrive à se démontrer à lui-même que la victoire d'un de ses motifs d'action était inéluctable, n'en a pas moins le sentiment pratique et instantané de sa liberté de détermination. Réciproquement, il est des interprètes qui, par un raisonnement spécieux, croient découvrir que tel acte, en réalité volontaire, a été le résultat d'une influence extérieure.

L'automatisme subjectif. — Ces faux sentiments d'automatisme étant éliminés, nous pouvons entreprendre l'analyse des sentiments véritables. Il n'est pas besoin d'en souligner l'intérêt. Nous pensons, avec de nombreux auteurs, que lorsqu'on a dépouillé l'hallucination de toutes ses efflorescences intellectuelles et affectives, on aboutit à un phénomène psychique originel qui est le sentiment d'automatisme. Mais lorsqu'on veut définir ce sentiment, le spécifier, on s'aperçoit aussitôt qu'il répond à des notions imprécises, ambiguës, complexes. Il n'est pas une donnée simple de la conscience. Essayons de clarifier ses significations diverses. Dans une première acception, un état psychique est jugé automatique lorsqu'il est dénué des caractères du phénomène volontaire. Le sentiment d'automatisme ainsi compris est le contraire du sentiment de volonté et de libre arbitre. C'est la signification classique. Dans une deuxième acception, un état psychique est jugé automatique lorsqu'il semble dénué de toute

causalité interne, lorsqu'il ne semble pas être une création du moi. Le sentiment d'automatisme ainsi compris s'oppose au sentiment de pouvoir personnel, de création personnelle. C'est la signification étymologique (automatisme = qui se crée et se meut de lui-même).

Il y a, entre ces deux sentiments, une différence importante. Le sentiment de volonté ou de liberté implique la notion de délibération et de décision, de contrôle et de direction. La disparition de ce sentiment fait naître le sentiment de perte de la volonté et du libre arbitre. C'est le domaine fort étendu du sentiment classique d'automatisme psychologique.

Le sentiment de création personnelle implique la notion de donner naissance à tous les phénomènes psychiques ou psychomoteurs qui n'ont pas une causalité externe évidente sans qu'intervienne nécessairement la notion d'un choix difficile. C'est le pouvoir personnel, non de décider, mais de donner l'impulsion à nos pensées et à nos actes. C'est, si l'on veut, une paternité, mais qui n'est pas forcément volontaire. La disparition de ce sentiment fait naître le sentiment de perte du pouvoir personnel de création psychique.

Le domaine du sentiment de création est beaucoup plus large que celui du sentiment de volonté. Par contre, on peut perdre le sentiment de volonté sans perdre le sentiment de création. L'impression de perte du sentiment de création a donc une étendue beaucoup plus étroite que l'impression de perte de pouvoir de volonté, de liberté. Son champ est même extrêmement restreint. Il est facile de montrer que presque tous les phénomènes d'automatisme psychologique normal et pathologique, au sens classique du terme, ne lui appartiennent pas.

L'automatisme classique. — Les états psychiques d'habitude, de distraction, de rêverie, d'inspiration, les obsessions, les idées fixes, s'accompagnent du sentiment du moi créateur. Cette opinion ne nous est pas personnelle. Spinoza écrivait déjà que « l'homme ivre est convaincu qu'il dépend de lui d'accomplir les actes où il est poussé invinciblement ». Janet signalait que les somnambules suggestionnés attribuent les actes suggérés à leur propre initiative. « Même dans l'état de rêverie passive, écrit Petit, nous avons le sentiment que nous passons d'un état à l'autre par un mouvement en quelque sorte personnel. » « Le normal à l'état de rêverie ne cesse jamais de considérer les représentations qui l'envahissent comme le produit subjectif de son psychisme. » « Les idées obsédantes et les impulsions sont

considérées par le sujet comme des manifestations pathologiques ou normales de son activité psychique propre et leur origine est rapportée par le malade à sa propre personnalité. » L'obsession ne s'accompagne pas, en effet, du sentiment de non-crédation personnelle. Elle est essentiellement un trouble du sentiment de volonté ; la déficience volontaire, s'exerçant d'ailleurs beaucoup moins au moment de la naissance de l'idée obsédante qu'au moment où sa coercition serait nécessaire. Par ailleurs, combien d'idées, évidemment suggérées, sont considérées comme personnelles. Citons encore le cas de l'improvisation de l'orateur ou de l'inspiration du poète. Il serait naïf de penser que l'orateur et le poète n'attribuent pas leur mérite à leur génie propre. Ce n'est que par une image, à laquelle il ne croit nullement, que le poète nous parle de sa Muse. On pourrait ainsi multiplier les exemples.

Le sentiment de non-crédation personnelle. — On peut facilement déduire, des considérations précédentes, que le sentiment d'automatisme au sens classique du terme est incapable de définir, de façon précise et limitée, le sentiment hallucinatoire. On établit une confusion inacceptable de l'hallucination avec un nombre considérable de phénomènes psychiques qu'on ne saurait lui assimiler. On enlève à l'hallucination toute spécificité. Par contre, on caractérise nettement le sentiment hallucinatoire en l'assimilant au sentiment de non-crédation personnelle. Toutes les fois que j'ai pu pousser dans leurs derniers retranchements subjectifs les malades récents qui étaient capables de s'analyser et qui n'avaient pas été trop déformés par des suggestions médicales, j'ai découvert ce sentiment en dernière analyse. En contre-partie, je ne l'ai trouvé que chez les hallucinés. On a l'impression d'atteindre ainsi le sentiment vraiment primitif de l'halluciné, la donnée immédiate de la conscience hallucinatoire. Petit a bien spécifié, entre autres traits des auto-représentations aperceptives, ce caractère de n'être pas perçues comme le résultat de l'action du moi créateur. Mais il n'a pas mis assez en relief cet attribut qui nous paraît essentiel et qui s'applique d'ailleurs à toutes les catégories d'hallucinations. Ce sentiment de non-crédation personnelle mérite donc d'être bien précisé. La notion exacte de son contraire, c'est-à-dire du sentiment de création, permet de le définir avec plus de netteté. Ainsi donc le sentiment de création ne se confond pas avec le sentiment de direction, de contrôle, d'effort. Il est également différent du sentiment de maîtrise qui implique un pouvoir plus libre. Le sentiment de création se

réduit à une notion de production personnelle, de déclenchement, de mise en mouvement, d'activation. Ce sentiment accompagne tous les états psychiques dont l'origine externe n'est pas évidente pour le sujet. Ce sentiment n'est peut-être pas perçu à l'état normal, avec une netteté complète, tant il est habituel. Mais dès qu'il disparaît il est intensément ressenti par le malade comme un fait étrange, troublant, extraordinaire. L'impression de ne plus donner naissance à des pensées, à des représentations qui se déclenchent en lui sans son intervention lui apparaît comme mystérieuse.

Ce qu'il faut bien souligner dans ce sentiment c'est son caractère de trouble subjectif dynamique, énergétique. J'aurais quelque scrupule à vouloir encombrer le vocabulaire psychiatrique d'une expression nouvelle. Mais il me paraît difficile de conserver pour caractériser le sentiment hallucinatoire le terme de sentiment d'automatisme dont on modifiera difficilement l'acception classique et qui se confond donc par trop avec la notion d'absence du sentiment de volonté et de liberté.

Ce sentiment de non création personnelle apporte en tout cas une précision qui permet non seulement d'éliminer tout ce qui n'est pas véritablement hallucinatoire, telle l'obsession, mais encore de critiquer aussi certaines pathogénies qui peuvent se suffire du sentiment classique d'automatisme, mais ne peuvent cadrer avec le sentiment plus restreint que nous décrivons. C'est ainsi par exemple que nombre de théories expliquent l'hallucination par l'irruption dans le domaine de la conscience de phénomènes inconscients. Si ces théories peuvent apporter des lumières sur la couleur et le thème de l'hallucination elles n'atteignent pas le trouble générateur du phénomène. Janet a fait remarquer que les phénomènes qui surgissent du subconscient ne sont pas dépourvus du sentiment de création personnelle. De vieux souvenirs brusquement réapparus nous apparaissent comme des opinions de facture personnelle immédiate. « Non seulement, ajoute-t-il, nous n'attribuons pas ce phénomène à une personnalité étrangère, mais nous l'adoptons et nous croyons qu'il vient de nous. » Bien mieux, cette apparition spontanée serait pour bien des philosophes la base du sentiment de liberté. La théorie du subconscient ne saurait expliquer le sentiment de création personnelle, donc le sentiment hallucinatoire.

Il me reste un dernier point à préciser pour caractériser le sentiment que je décris. Il peut être défini en somme comme un sentiment d'adynamisme. Il paraît par là se rapprocher singulièrement du sentiment d'aboulie, de chute de la tension psychologi-

que que M. Janet décrit chez les psychasthéniques et dont il découvre des dérivés dans les délires. Le sentiment de non création personnelle en diffère cependant par un caractère essentiel ; c'est qu'il n'est ni généralisé, ni constant. Il ne se manifeste que par intermittences et dans un domaine bien localisé ; il ne surgit qu'à l'occasion de l'hallucination et reste cantonné dans le domaine hallucinatoire. Ce point d'expérience clinique est d'autant plus remarquable qu'il peut coïncider chez le délirant halluciné avec un état sthénique normal ou exalté pour tout le reste du domaine mental et qui se traduit par une excitation psychique et psychomotrice bien connue dans les délires. C'est cette opposition qui fait d'ailleurs apparaître plus nettement dans la conscience du malade cette singulière impuissance localisée.

Dans un ordre d'idées un peu différent, mais qui se rapproche de cette notion de localisation du sentiment de non création, je ne saurais adopter pour ce sentiment la conception de Séglas et de Cellier qui font du sentiment d'automatisme et d'influence une sorte de donnée primitive, antérieur à l'hallucination, une sorte de délire primaire et généralisé. Je ne puis concevoir ce sentiment sous cette forme d'abstraction, d'entité préformée qui existerait en dehors ou au-dessus des phénomènes hallucinatoires, pas plus que je ne puis concevoir le sentiment de volonté avant l'expérience de la volition.

Ceci dit, il nous reste encore à confronter le sentiment de défaut de création personnelle avec les sentiments voisins que l'on pourrait confondre à tort avec lui ; je veux parler du sentiment de dépersonnalisation et du sentiment de causalité externe dans l'hallucination.

Sentiment de non création et sentiment de dépersonnalisation. — Nous devons comparer d'abord la notion de dépersonnalisation avec la notion de non création personnelle. Ces deux notions paraissent au premier abord très voisines. Nous allons voir qu'il n'en est pas tout à fait ainsi. Il est classique de dire que l'un des caractères des hallucinations est de n'être pas incorporé au Moi. Sous les expressions de dépossession, de désinsertion, de déconnexion on répète le même concept de séparation du Moi. On exprime en somme une notion intellectuelle, celle d'une sorte de trouble associatif. Sans vouloir pénétrer dans les problèmes du Moi et de la Personnalité il est intéressant de rappeler très simplement ce qu'on entend par ces termes. On comprend très communément, depuis Ribot, par sentiment du Moi, la synthèse consciente de nos sensations cénesthésiques. On entend par Per-

sonnalité une association plus complexe dans laquelle s'ajoute à la cénesthésie corporelle la notion plus ou moins consciente des traits particuliers de notre mentalité. C'est le sentiment vague de structure corporelle allié au sentiment tout aussi vague de structure mentale. Tous nos états de conscience sont rattachés à cette trame. On ne conçoit pas un état psychologique, nettement conscient, qui n'aurait pas cet attribut d'être ressenti comme personnel, comme éprouvé par le Moi. Les hallucinations, qu'elles soient psychiques ou sensorielles, ne font pas exception à cette loi. Le malade halluciné sait bien que c'est lui qui éprouve ces phénomènes et n'hésite pas à dire : « Mes voix, mes influences. » Caractériser l'hallucination par la non annexion au Moi est en un certain sens inexact ou du moins très insuffisant. Qu'entend donc l'halluciné lorsqu'il déclare que son hallucination ne lui appartient pas ? Il veut dire que ce phénomène n'a pas été créé par lui. Les notions précédentes du Moi et de la Personnalité étaient donc trop intellectuelles et trop statiques. Or ce qui importe ici, c'est la notion dynamique du Moi. Ce n'est pas le châssis qui est lésé, c'est le moteur. Encore faut-il s'entendre. Le sentiment de non création ne répond pas à une abolition des sensibilités kinesthésiques, périphériques, proprioceptives. Si l'on veut le résoudre cependant en un trouble cénesthésique, il faudra préciser qu'il s'agit de l'abolition d'une kinesthésie très spéciale, très élevée, une kinesthésie de l'activité cérébrale créatrice.

Cet attribut de pouvoir créateur, qui fait évidemment partie de la personnalité, n'en est cependant qu'une portion, qu'une fraction. On peut soutenir que c'est là un des éléments les plus importants de la notion du Moi. C'est possible. Mais, il n'en est pas moins vrai qu'il ne s'agit que d'un domaine limité, qui ne doit pas se confondre avec le sentiment général du Moi. La preuve de cette spécialisation subjective est que le malade lui-même fail la distinction entre la notion partielle et la notion globale. Je me permettrai même à ce sujet une hypothèse : je pense qu'on pourrait expliquer certains phénomènes de dédoublement de la pensée par la traduction de cette dualité consciente : d'une part la pensée est reliée à la trame générale ; d'autre part cette même pensée est rejetée de la création personnelle et rapidement objectivée.

Ainsi donc le sentiment de non création personnelle détermine certes un sentiment de dépersonnalisation ; mais un sentiment très limité. Il ne se confond pas avec le sentiment classique de dépersonnalisation qui répond très probablement à des troubles de la cénesthésie générale. Les vrais troubles de personnalisation

globale se traduisent par les sentiments de vide, d'insuffisance, de transformation et surtout d'étrangeté.

Janet qui a insisté sur le sentiment de vide dans les délires a toutefois montré combien ce sentiment diffère du sentiment d'emprise. On rencontre en réalité ces sentiments de dépersonnalisation dans la psychasthénie, dans la mélancolie et surtout dans les états schizophréniques. Ils peuvent exister à titre accessoire et atténué dans les délires hallucinatoires. Mais jamais ils ne revêtent l'ampleur que l'on trouve dans les psychoses précédentes. Lorsque, dans le délire hallucinatoire, le sentiment de dépersonnalisation tend à se généraliser, le phénomène hallucinatoire devient de plus en plus imprécis, tandis que la maladie se transforme en schizophrénie.

Pour illustrer la différence qui existe entre le sentiment de dépersonnalisation cénesthésique globale et le sentiment de dépersonnalisation purement dynamique, je citerai un exemple qui montrera en même temps la nécessité de cette distinction. Il s'agit de certains cas d'impression d'étrangeté qui pourraient être pris pour des phénomènes d'automatisme psychique et qui n'en sont pas en réalité. Je trouve dans la thèse de Balvet, consacrée aux sentiments de dépersonnalisation, des observations de schizophrènes qui éprouvent un sentiment d'étrangeté à la vue de leurs actes, à l'audition de leurs paroles. Ce sentiment s'accompagne d'ailleurs de celui d'étrangeté des autres personnes. Or ces malades n'ont pas le sentiment de non création, ni par conséquent le sentiment hallucinatoire. Je cite la description même donnée par Balvet. « Le malade contemple ses mains, ses doigts souples qui se fléchissent au commandement. Il sait que ce commandement vient de lui... Mais alors que notre spontanéité passe pour nous presque inaperçue, c'est pour lui un objet d'émerveillement que d'en constater les effets. »

Le sentiment de non création et le sentiment d'origine externe.
— Le sentiment hallucinatoire est associé très communément et souvent très rapidement au sentiment d'origine externe, hétéro-personnelle du phénomène hallucinatoire. Beaucoup d'auteurs pensent qu'il s'agit là non seulement du caractère essentiel de la mentalité de l'halluciné, mais encore d'une donnée primitive, immédiate de sa conscience. En est-il bien ainsi ? La notion subjective de causalité extérieure n'est-elle pas déjà une interprétation secondaire ? Le sentiment de non création personnelle ne lui est-il pas antérieur ? C'est ce que je crois. Pour moi la genèse du sentiment hallucinatoire est la suivante : un phénomène psychique

qui apparaît bien tout d'abord comme d'origine interne, surgit dans la conscience de l'halluciné. Le fait serait banal si ce phénomène ne naissait de façon absolument étrange, amputé de ce caractère de création personnelle que l'expérience subjective constante nous a toujours montré indissolublement lié à nos états psychiques d'origine interne. Il y a un désarroi dans l'esprit de l'halluciné. Très souvent l'idée la plus logique jette une lueur tout à fait passagère ; c'est l'idée d'un état pathologique. De Clérambault a bien montré cette oscillation initiale de l'halluciné entre le sentiment de maladie et le sentiment d'influence. Mais l'esprit ne s'arrête pas à cette explication. Il construit déjà un système interprétatif primaire. Deux voies s'ouvrent à lui : ou bien le phénomène troublant est considéré comme dû à une cause externe ; ou bien il est considéré comme dû à une irritation interne, mécanique de son cerveau. Au fond, le malade oscille comme le psychiatre, entre deux hypothèses : l'hypothèse psychologique ou sociale de l'hallucination ou l'hypothèse organique. L'existence de cette alternative entre deux courants explicatifs prouve déjà que ces notions sont dérivées, qu'elles naissent d'un sentiment plus primitif. Ce sentiment ne peut être que le sentiment de non création personnelle, car à lui seul, il les explique toutes les deux.

Or cette double dérivation est incontestable. L'interprétation par la causalité externe n'est ni obligatoire, ni générale. Cotard citait l'exemple d'un cas « où le sentiment d'automatisme était resté, disait-il, à l'état pur, le sujet se bornant à constater qu'il n'est plus maître de sa pensée ». Petit a rapporté l'observation d'un halluciné qui déclarait : « C'est comme une machine qui penserait pour moi ». Depuis que notre attention est attirée sur ces cas, nous avons eu l'occasion de constater que nombre de malades, pour expliquer la genèse de ces phénomènes psychiques, qui échappent à leur pouvoir de création, invoquent une cause mécanique intracérébrale : ils croient avoir dans le cerveau une pile, un moteur, une réserve d'énergie qui fabrique, en dehors de leur initiative, des représentations ou des pensées. Ce peut être aussi une simple irritation locale par un corps étranger, par un petit animal. Un de nos malades doué d'une imagination tout aussi vive que celle d'un influencé nous expliquait comment il avait ingéré, sans qu'intervienne une action externe malveillante, tous les éléments d'un accumulateur qui s'était organisé ensuite dans son cerveau. Nous appellerions volontiers cette catégorie de délire, des délires de mécanisation interne. Le travail interprétatif peut en rester là chez ces malades. Mais il peut évoluer aussi vers une

nouvelle complexité : l'hypothèse d'une origine humaine, sociale de cette mécanisation. Le sentiment de causalité externe est ici de toute évidence secondaire. On ne saurait soutenir qu'il fût d'apparition immédiate.

Même dans les cas où l'interprétation par l'origine hétéropersonnelle est admise par le malade comme première hypothèse, on peut arriver à suivre les étapes de ce travail intellectuel. Le sentiment de non création personnelle représente un stade antécédent moins élaboré, et dont le développement conduit logiquement à l'hypothèse externe.

Il est évident en effet que l'impression de non création personnelle éveille naturellement le sentiment d'origine extrapersonnelle, que l'impression de non causalité interne appelle le sentiment de causalité externe. Il est assez facile de saisir au ralenti la marche de cette évolution lorsqu'il s'agit de l'hallucination dite psychique, où le sentiment de cause extérieure se traduit par l'idée d'influence psychologique. Il est beaucoup plus difficile de prouver que le même processus se retrouve dans l'hallucination sensorielle. Le sentiment d'origine objective est en effet beaucoup plus instantané. C'est que la sensorialité représente le domaine des relations les plus directes et les plus immédiates avec le monde extérieur. La priorité du sentiment de non création pour être plus délicate à saisir n'en existe pas moins. Sur quel indice nous basons-nous normalement pour distinguer la perception de la représentation ? Nous constatons que la représentation, l'image est créée par notre pouvoir personnel, qui nous permet d'évoquer les souvenirs sensoriels, tandis que la perception est éprouvée comme imposée, comme échappant complètement à notre initiative. Dès lors si une image nous apparaît comme dépourvue de cet attribut de dynamisme personnel, elle devient assimilable à une perception, elle prend le caractère hallucinatoire. L'intensité de l'image ne suffit pas à éveiller l'illusion hallucinatoire. Il faut encore la perte de l'impression d'efficacité personnelle dans sa production pour que la représentation soit objectivée. On peut se demander si dans l'évolution tant individuelle qu'ancestrale le sentiment de création ou de non création personnelle de nos images ou de nos sensations, notre impression de puissance ou d'impuissance d'action ou de passivité à leur égard n'a pas précédé la notion de la séparation entre le moi et le monde extérieur. Donc, au point de vue subjectif, il n'y a pas de différence entre l'origine de l'hallucination psychique et de l'hallucination sensorielle. Par le sentiment de non création on atteint le caractère fondamental, primaire à partir duquel elles se dirigent selon des modalités qui leur sont particulières vers l'objectivation.

Il est intéressant d'envisager de façon très générale et synthétique ces deux types hallucinatoires, dont l'explication primitive est identique. Nous constatons d'abord qu'il y a deux sortes de phénomènes psychiques qui donnent l'impression de naître dans la conscience sans l'intervention du moi créateur. Ce sont : d'une part des phénomènes normaux qui ont une origine extérieure réelle. D'autre part des phénomènes pathologiques qui sont les hallucinations.

Les phénomènes d'origine externe se manifestent sous deux formes :

soit sous la forme d'action psychique (intellectuelle, affective, autoritaire) ; (la notion d'influence par des personnalités étrangères est une notion non seulement normale, mais qui répond à la réalité ; elle crée la notion d'un monde extérieur psychique, social) ;

soit sous la forme d'action sensorielle, de perception (d'où la création de la notion de monde extérieur matériel). Les deux ordres de phénomènes sont ressentis comme subis, comme passifs, sans intervention efficiente du moi.

On conçoit fort bien, dès lors, comment le malade, subissant des phénomènes subjectifs ayant exactement les mêmes caractères que les phénomènes d'origine externe, c'est-à-dire dépourvus de tout sentiment de création personnelle, les objective sous forme d'hallucination psychique ou de phénomène d'influence lorsqu'ils ont un contenu psychique ; sous forme d'hallucination sensorielle lorsqu'ils ont un contenu sensoriel. C'est une de ces réactions intellectuelles bien connues par lesquelles le délirant essaie de réduire ses troubles mentaux à des phénomènes normaux afin d'harmoniser la partie pathologique avec la partie normale de sa Personnalité. Mais ce n'est qu'une réaction intellectuelle, un des éléments de la superstructure délirante.

Par ces divers arguments je me suis efforcé de montrer que le sentiment de causalité externe n'était pas un sentiment primitif de l'halluciné. J'adresserai une autre critique à ceux qui voudraient assimiler le sentiment d'origine externe au sentiment hallucinatoire. C'est que ce sentiment d'origine objective n'est nullement caractéristique de l'hallucination. Le sentiment d'influence qui n'en est qu'une forme est loin d'être un sentiment exclusivement pathologique. Les délires purement interprétatifs qui présentent la formule du délire d'influence sont très nombreux. Il suffit que le malade dirige plus particulièrement son attention sur son activité psychique. Il transforme par un raisonnement spé-

cieux des phénomènes même volontaires en phénomènes provoqués. Mais plus souvent encore il utilise tous les états d'automatisme psychologique normal ou pathologique (au sens classique du terme) pour en faire des phénomènes d'influence. On voit à nouveau par là combien la signification habituelle de l'expression « automatisme psychique » peut prêter à confusion, car ces malades ne présentent pas de véritable sentiment hallucinatoire. Aussi bien lorsque le Professeur Claude, lorsque Guiraud mettent en relief dans les délires le sentiment d'action extérieure ou le sentiment xénopathique ils ne cachent pas qu'ils ont voulu créer par là une synthèse des délires qui englobe aussi bien les délires interprétatifs que les délires hallucinatoires. C'est admettre implicitement que le sentiment de causalité externe est incapable de discriminer deux phénomènes psychopathologiques aussi importants que l'interprétation et l'hallucination, dont il faut bien reconnaître, jusqu'à plus complète démonstration, le mécanisme radicalement différent. Le sentiment de non création personnelle nous permet au contraire de fournir un nouveau caractère distinctif fondamental entre les deux symptômes.

En somme j'ai essayé de revaloriser cette vieille notion de trouble psychomoteur, dynamique dans la genèse de l'hallucination, qui s'exprime encore sur la forme assez vague et trop extensive d'automatisme psychique.

J'ai essayé aussi de dépouiller tout le décor hallucinatoire pour pénétrer jusqu'au sentiment le plus primitif, le plus élémentaire qui accompagne l'hallucination à sa naissance même. Je me suis abstenu de tout empiétement dans le domaine théorique, pathogénique. Je crois cependant que cette étude clinique pourrait inciter à la recherche de nouveaux mécanismes hallucinatoires, tant dans la direction organique que psychologique. Les nombreux psychiatres, admirateurs ou disciples de Bergson, retrouveront peut-être dans cet article des idées qui leur sont chères.

La recherche de la donnée immédiate de la conscience, l'importance de l'énergétique en psychologie pathologique, la prépondérance accordée au mécanisme du phénomène hallucinatoire plus qu'à ses matériaux, ne sont-ce pas là des notions essentiellement bergsoniennes ?

M. Pierre JANET. — La communication de M. Abély est très intéressante. Mais je ne suis pas de son avis sur l'extension qu'il donne au concept de causalité extérieure. Ce qu'il considère comme un fait de causalité n'est qu'un fait de répartition. L'enfant ne sait pas répartir les objets et les êtres entre lui et autrui.

Ce n'est qu'à la longue que l'on parvient à distinguer le mien, du tien et du leur. Chez les délirants c'est cette fonction de répartition qui est atteinte et le commencement de cette atteinte se traduit par le sentiment de dépersonnalisation.

M. CEILLIER. — Je rappelle que M. Ségla distinguait dans les phénomènes hallucinatoires ceux qui sont réceptifs et ceux qui sont actifs. C'est ce que soutient également M. Abély. Pour moi, je trouve qu'il y a une différence énorme entre l'hallucination verbale et l'hallucination indifférenciée. La première n'a rien de sensoriel, rien de matériel, c'est un phénomène purement psychique. La seconde au contraire est l'effet d'une irritation sensorielle par une lésion. Cette différence est si grande qu'elle me semblerait commander l'emploi de deux noms différents pour chacun de ces phénomènes.

M. CODET. — Je m'associe volontiers à la recherche de M. Abély de préciser et de délimiter l'automatisme psychologique. Et, dans ce sens, je pense qu'il y aurait intérêt à l'étudier à partir de l'automatisme normal. Celui-ci joue constamment dans la vie ordinaire, réalisant une économie considérable de l'activité volontaire. Mais alors, il est senti par la personnalité comme une sorte de service d'exécution qui ne requiert pas un contrôle incessant. Dans certains états de fatigue, de rêverie, l'automatisme prend une part plus importante, et l'on pourrait y observer tous les degrés intermédiaires depuis l'automatisme normal, désirable et accepté, jusqu'à l'automatisme mental incoercible. Le problème qui se pose est de savoir si la personnalité consciente délègue en quelque sorte ses pouvoirs à une fonction automatique, qu'elle peut toujours contrôler ou si elle est dirigée par celle-ci.

M. GUIRAUD. — Je ne pense pas que la théorie de M. X. Abély provoque beaucoup d'objections. Cette constatation que le malade ne reconnaît pas les hallucinations comme un produit de sa propre pensée est admise par tous les auteurs. J'avais écrit en 1925 que l'expression de *non appropriation à la personnalité* était de M. Ceillier, on la retrouve aussi dans Régis. Cependant je ne crois pas que ce caractère soit spécial aux hallucinations. Le sentiment d'influence, le phénomène décrit par M. Petit sous le nom d'auto-représentation aperceptive (hallucination psychique de Baillarger) sont également non appropriés à la personnalité mais ne comportent pas comme l'hallucination de composante sensorielle. La remarque de M. Abély que la perception normale est aussi un phénomène qui ne nous paraît pas créé par notre personnalité

psychique mais qu'il est *reçu* par nous est fort intéressante mais je n'admets pas pour cela que tous les phénomènes pathologiques non intégrés à notre personnalité doivent être éprouvés par nous sous forme de perception et je répète l'exemple des auto-représentations aperceptives.

Dans le délire d'interprétation avec troubles cénesthésiques, plus profondément que le syllogisme erroné, il y a une tendance à ne pas éprouver comme personnelles et comme naturelles des douleurs vagues ou intenses, des imperfections intéroceptives de tout ordre.

Quant à la classification génétique de ces troubles psychiques, contrairement à ce que me fait dire M. Abély, je crois fermement comme lui que l'inappropriation à la personnalité est un phénomène vraiment primitif. Je rappelle qu'en 1925 (*Encéphale*, tome II, p. 663) j'ai proposé une hypothèse pour l'expliquer par la physiopathologie des neurones.

L'aliénation. Tyrannie affective, par M. Th. SIMON.

Trois parties : un raccourci de psychologie normale ; — une brève récapitulation de la psychologie des états d'aliénation ; — une mise au point du sens de cette communication.

I. Nous sommes ébranlés, tout notre organisme peut être bouleversé par certains événements extérieurs, ou, en langage plus usuel, nous sommes *émus* par eux. Selon notre état nous prenons gaiement ce qui nous arrive ou nous nous en attristons, ou nous réagissons avec irritation : nous avons *des humeurs*. Enfin nous sommes animés de *désirs* qui d'ailleurs déforment les objets même vers lesquels nous sommes portés, n'en voudrais-je pour preuve que les illusions de l'amour.

Voilà les trois types de mouvements qui constituent, je pense, notre vie affective : émotions, humeurs, passions. Elle peut tout entière y être ramenée.

En face d'elle, sur un autre plan et en conflit fréquent avec elle, parce qu'il tend à en corriger les erreurs, à en contrôler les actions, le domaine de la connaissance. Non point qu'il diffère peut-être essentiellement, car l'intelligence ne va pas sans tout un monde de sentiments : sentiment de certitude dont s'accompagne l'évidence ; sentiments d'hésitation ou de doute ; désir de curiosité et ainsi de suite.

A l'état normal tout cela fonctionne harmonieusement. Nos

émotions, nos humeurs, nos désirs, non seulement sont habituellement modérés, mais, de plus, nos impressions, nos souvenirs, nos jugements... résistent aux suggestions de notre vie affective, constituent comme une sorte de balancier compensateur qui nous maintient en équilibre entre les poussées du subjectif et la résistance du réel.

Enfin notre vie affective elle-même n'est pas toute dans les troubles du moment. Elle représente un ensemble ; elle a un passé, elle possède une organisation qui constitue notre personnalité, par laquelle les états affectifs successifs de notre vie sont accueillis, et dans laquelle ils sont plus ou moins intégrés.

II. Dans l'aliénation — en donnant à ce mot son sens le plus étendu — en désignant par lui l'ensemble des troubles mentaux, arriération et démence exceptées — tout change, ou plutôt tout peut changer.

1. Les orages émotifs sont-ils disproportionnés, nous rencontrons ces caractères instables que le moindre heurt énerve ou fait trembler.

2. Le désordre reste-t-il accroché dans l'inconscient au souvenir de l'incident qui l'a provoqué, tout ce qui est susceptible de le maintenir ou de le rappeler entretient des troubles qu'un esprit sain aurait eu rapidement effacés ; et nous voici en présence de ces manifestations hystériques dont notre Société s'occupait encore récemment.

3. Parfois le trouble affectif ne s'attache qu'à une idée qui a traversé l'esprit ; celui-ci en juge l'absurdité ; mais, à la faveur de l'émotion qui y est enlacée, qui adhère à elle, cette idée devient idée fixe et demeure obsédante.

4. Réfléchissons-nous à présent aux malades en plein accès d'excitation maniaque, si un je ne sais quoi rend leur humeur joyeuse, les voici partis au moindre prétexte à rire, à bavarder, à plaisanter à propos de tout. Que leur exaltation grandisse et ils échafaudent mille projets, ils se mêlent d'une foule de choses qui ne les regardent point, leur activité vire-volte au hasard de ce qui l'excite. Ce qui s'empare d'autres, c'est une humeur moqueuse, taquine, susceptible, irritable, qui les pousse à des actions qu'ils ne peuvent maîtriser — à peine même y songent-ils — actions qu'ils regrettent plus tard, une fois passé ce feu de paille, mais en attendant il porte l'incendie tout autour de lui. A l'inverse ; nous constatons, chez les mélancoliques, des humeurs tristes, déprimées ou inquiètes, en sorte qu'ils vivent sous le signe de l'oppression ou de l'anxiété, sont accablés de douleur

ou simplement sans activité, n'ayant plus de goût pour quelque chose que ce soit.

Les troubles affectifs qui précèdent ont peu de retentissement intellectuel. Ils orientent l'idéation dans un type déterminé et en rapport avec eux, mais ils ne l'altèrent pas profondément.

Des maniaques nous disons d'ailleurs volontiers qu'ils ont l'air de jouer, qu'ils font les pitres, qu'ils dramatisent ; des mélancoliques, à l'inverse, nous disons qu'ils se laissent aller, qu'ils ne se secouent point, quand ils courbent les épaules sous la chape de plomb de leur mélancolie.

Déjà, cependant, nous pouvons voir là des idées fausses, des idées absurdes surgir, et non seulement surgir, mais rencontrer l'adhésion d'un esprit qui, de sang-froid, en apercevrait immédiatement l'exagération démesurément outrée et l'absence de tout fondement.

5. Maintenant, que notre vie intellectuelle subisse, de son côté, un fléchissement, que la vigueur de ces sentiments intellectuels que j'ai énumérés diminue, tout au moins pour les opérations qui réclament de l'esprit une coordination particulièrement étendue..., et les troubles affectifs, ceux des humeurs notamment, vont pénétrer, même à l'état de veille, l'imagination, vont y introduire leurs croyances, vont modifier à leur profit jusqu'à la perception ; peut-être même n'auront-ils pas besoin pour cela d'intensités très particulières, le contrôle normal étant devenu inefficace. Tantôt il semble, comme à la suite de certains états puerpéraux, que l'épuisement de fonctions nobles libère des poussées intérieures et en permette le développement selon des lignes anormales. Tantôt, pour employer une formule commode, *tout se passe comme si*, après un grand orage affectif, la raison ne pouvant plus reprendre sa suprématie, des séquelles atténuées entretenaient une aliénation chronique.

6. D'autres fois enfin, et bien qu'évidemment les limites soient moins nettes que dans notre schéma, d'autres fois, dis-je, le trouble affectif n'est ni émotif, ni humoral, mais il se déroule sur le plan de la passion : un seul désir possède l'individu, une préoccupation exclusive centre ses pensées, tous ses raisonnements en sont entachés, il interprète ou même il entend.

Nous disons délire systématisé. Nous parlons de richesse si les interprétations sont nombreuses ou si les troubles sensoriels sont multiples... En fait, le plus souvent, assez grande pauvreté. Peu d'arguments, mais sans cesse ressassés, insistants, noyés de détails sans valeur autre que pour celui qui les émet. En

dépité de quelques apparences toutes ces créations affectives ne sont, en effet, qu'indigence, comme si notre vraie richesse devait être toujours empruntée au milieu qui nous entoure, ou plus exactement ne pouvait être que le reflet de son infinie variété.

Seulement, pour indigentes, ces idées délirantes n'en sont pas moins d'une désespérante ténacité, d'une résistance invincible à la logique courante, soutenues par la conviction des évidences sentimentales qui hantent continuellement le malade et que rien ne corrige plus. Le contraste est frappant : la vie normale se poursuit lorsqu'elle reste en dehors du cercle délirant ; puis, dès que la conversation touche le point sensible, dès qu'on le contredit surtout, immédiatement, le ton s'échauffe et idées de persécution, de grandeur ou mystiques..., expressions de la passion qui possède le malade, ne peuvent plus être inhibées, envahissent tous ses propos, dirigent toutes ses actions. Sa personnalité intellectuelle ni sentimentale ne réagit plus. Il ne voit plus clair, il ne raisonne plus. Intact dans les autres domaines son niveau intellectuel cède sur ce terrain. Il n'y joue plus parce que l'intelligence est, en fait, de fonctionnement essentiellement fragile et n'est lucide que dans le calme. Or le calme ne règne plus dans l'âme du malade. Ses idées ne prennent plus leur point d'appui au dehors, elles ne se suspendent plus à son contrôle, elles se déroulent selon une orientation intérieure qui leur impose une logique impérieuse, mais toute de partialité. Tout occupé qu'il est par sa passion, même la considération de son intérêt n'intervient plus auprès du malade. Sa manière propre de sentir refuse d'entendre, écarte, repousse tout ce qui serait susceptible de se dresser devant elle pour lui faire obstacle. Aucune force, serait-ce son affection d'autrefois pour les siens, n'arrive plus à équilibrer, contrebalancer, réduire le mouvement affectif qui l'entraîne. Désormais c'est lui seul qui mène.

III. L'explication du délire que je viens d'esquisser n'est qu'une explication psychologique, c'est-à-dire un groupement des faits. Elle diffère peu de la thèse que nous avons soutenue autrefois avec Binet en décrivant le fond mental qui, à notre sens, caractérisait l'aliénation. Elle accuse toutefois certains traits. Je la crois aussi plus précise. Ces raisons seules auraient pu suffire à me la faire exposer, d'autant que, perdus dans *l'Année psychologique* de 1907 et dans une traduction américaine — deux volumes parus à New-York en 1910 — ces articles sont, à l'heure qu'il est, assez oubliés. Toutefois, si j'ai éprouvé le besoin de revenir sur ces idées, de les reprendre en les accentuant davantage, c'est pour d'autres raisons encore.

En premier lieu la manière de voir que je viens de résumer relie la plupart des faits d'aliénation dont nous sommes témoin ; elle traduit donc ce sentiment dont, je crois, parlait Morel, qu'à travers peut-être des étiologies différentes, la folie présente une unité foncière dont les formes ne sont que des expressions plus ou moins étendues.

En second lieu si, comme j'essaie de l'indiquer, le désordre intellectuel qui nous frappe tant dans l'aliénation, les idées délirantes, les troubles sensoriels, l'incohérence même des tableaux qu'elle nous présente, ne sont qu'une symptomatologie qui a trop retenu notre attention, comme les fables de la mythologie l'ont fait autrefois ; si toute cette production délirante n'est, en quelque sorte, que l'image de ce que deviendrait un rêve qui se prolongerait pendant des mois et des années ; s'il existe un trouble plus profond, — c'est donc de ce côté qu'il faut faire porter les efforts.

C'est vers la zone affective — je ne dis point sympathique, je n'en sais rien — qu'il faut orienter les recherches, et dans la zone affective qu'on peut espérer trouver une thérapeutique. Qu'est-ce qui en conditionne le fonctionnement, et pourquoi est-il troublé au point de provoquer ces excès d'intensité de durée ou d'envahissement que l'aliénation nous présente, voilà le problème. Et la solution, probablement, n'en est pas dans l'architecture du système nerveux, où la neurologie a trouvé l'explication de la plupart de ses maladies, mais dans des altérations biologiques d'ordre plus général, cellulaires ou moléculaires, sous la dépendance peut-être de substances telles que ces hormones dont nous commençons à peine à entrevoir le rôle.

Syndrome obsessionnel pur symptomatique d'une involution sénile, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H. M. GALLOT et H. MIGNOT.

Il est classique de décrire, à côté de la maladie obsessionnelle, état constitutionnel débutant en général dans l'enfance et durant toute la vie, des obsessions survenant à titre épisodique au cours d'affections diverses : tumeurs cérébrales, démence précoce, paralysie générale.

De nombreux auteurs, et en particulier Ségla (1), ont signalé également l'apparition d'obsessions à un âge avancé chez des individus n'ayant jamais présenté aucun symptôme de ce

(1) SÉGLAS. — Leçons cliniques.

genre ; ces cas sont interprétés comme des formes atypiques de mélancolie involutive. D'ailleurs, dans les observations que nous avons eues entre les mains, l'élément mélancolique était toujours important ou du moins faisait sa preuve dans le contenu même des idées obsédantes : idées hypocondriaques ou de ruine.

Le cas que nous rapportons est intéressant, car les obsessions ne sont accompagnées d'aucun symptôme mélancolique et sont véritablement identiques à celles de la psychasthénie.

Il s'agit d'un homme de 63 ans, ancien violoniste, qui, après avoir ralenti progressivement, depuis 5 ans, son activité professionnelle, a dû la cesser tout à fait il y a un an, et cela en raison des troubles pour lesquels il est venu nous consulter.

C'est, il y a 4 ou 5 ans, alors qu'il vivait très isolé (sa femme était morte en 1927), que les premières manifestations pathologiques sont apparues. Il éprouvait un besoin obsédant de ranger les objets selon certaines règles préétablies. Sa méticulosité s'attachait à les placer dans un ordre de symétrie parfaite ; chez des étrangers, s'il était un instant seul, il déplaçait les tableaux ou les objets de la cheminée.

Un peu plus tard, c'est-à-dire il y a environ 2 ans, le malade a commencé à « compter ». Certains chiffres ont pour lui une signification pénible : ce sont les nombres 13 et 31. Il ne les prononce qu'à regret et craint de les entendre prononcer. Le chiffre 16, par contre, est son chiffre favori, si bien que M. L..., soit spontanément, soit pour conjurer quelque mauvais sort, répète 16 fois telle phrase ou tel acte, recommençant d'ailleurs l'ensemble s'il craint de s'être trompé. Certains gestes sont refaits indéfiniment par souci de la perfection : quand il va à l'église, il recommence une prière un nombre incalculable de fois dans la crainte qu'il a de ne pas la dire comme il faut. Toutes les manifestations de sa vie courante sont imprégnées de ce caractère de recherche obligatoire de la perfection.

Cette recherche est nécessaire, car toute cette activité psychique obsessionnelle a pour lui un caractère magique et conjuratif. Il a l'impression que, s'il ne pose pas les objets dans un certain ordre, s'il ne retrouve pas tel chiffre faste ou s'il emploie tel mot maléfique, il arrivera malheur, non pas tant à lui-même qu'à autrui, et plus spécialement à son fils. Le caractère de cette conception évoque la mentalité primitive comme l'un de nous y a insisté (1).

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — L'obsession, caractère récessif souvent hérédosyphilitique. *Revue d'Anthropologie*, 1931.

Par ailleurs, comme des psychasthéniques constitutionnels, notre malade présente le classique sentiment d'incomplétude décrit par Pierre Janet (1).

Depuis 5 ans, les troubles vont en augmentant. Notons qu'à l'inverse de ce qu'on observe habituellement, c'est vers le soir que le malade est le plus obsédé.

C'est l'arithmomanie qui prédomine actuellement, et, par son intensité, paralyse presque complètement l'activité du malade.

M. L... n'est pas dupe des troubles qu'il ressent. Il sait et il comprend que ce sont des pensées parasites. Il a conscience que c'est un phénomène morbide, qui le pousse à accomplir des actes qu'il qualifie lui-même d'absurdes.

Nous ne prétendons pas expliquer pourquoi tel acte ou tel chiffre a pris un caractère conjuratif ou maléfique. Peut-être une analyse nous aurait-elle permis, sinon de comprendre le mécanisme, du moins d'expliquer le choix et l'aspect formel des obsessions.

Comme les psychasthéniques, notre malade a toute une gamme de moyens de défense par lesquels il s'efforce d'arrêter le cours de ses obsessions. Nous n'en citerons qu'un seul, qui consiste à serrer fortement les dents en appliquant la langue à la face postérieure des gencives. Tout se passe comme si l'inhibition motrice volontaire arrêta le déroulement du langage intérieur.

Comme nous y avons insisté dès le début, il n'existe aucun symptôme de la série mélancolique — en particulier, loin d'avoir des idées hypochondriaques, notre malade ne craint pas les malaises physiques qui agissent, en quelque sorte, comme dérivatifs — il n'a aucune douleur morale, il n'a jamais eu d'idée de suicide. Notre malade, du reste, n'a jamais présenté de période de dépression ou d'excitation.

Apparemment, il s'agit d'un obsédé pur, le fait essentiel étant l'apparition tardive des obsessions. Nous avons, bien entendu, recherché avec soin, dans les antécédents, les stigmates les plus discrets de la psychasthénie. Nous n'avons trouvé qu'une certaine tendance à la méticulosité qu'entretenaient du reste ses habitudes professionnelles de musicien d'orchestre ; petit symptôme sans doute, mais qui témoignait déjà d'une constitution particulière qui s'est révélée en s'exagérant avec l'âge.

Notre malade, en effet, présente des signes discrets mais certains d'involution sénile. Au point de vue psychique, il existe

(1) P. JANET. — Psychasthénie et obsessions.

une diminution nette de la capacité de fixation des faits récents avec intégrité de la mémoire des faits anciens. L'émotivité est exagérée et le malade vient facilement à la limite des larmes.

Au point de vue physique, il s'agit d'un polyscléreux, dont les vaisseaux sont sinueux et durs. La tension artérielle est un peu élevée, 19-11 1/2 au Vaquez. L'urée sanguine est à 0 gr. 40. Le 2° bruit aortique est un peu claqué.

L'examen neurologique montre un manque de souplesse général avec une certaine perte des mouvements automatiques et associés. Il existe une hypertonie légère du côté gauche, un petit tremblement, surtout marqué aux membres inférieurs, de telle sorte qu'on pourrait penser à une ébauche de syndrome de Parkinson. On ne trouve pas de signes pyramidaux. Signalons enfin l'importance de l'arborescence vasculaire nasale.

Pas d'éthylisme, aucun stigmate de spécificité ; pas de commémoratif d'encéphalite léthargique ou de névraxite épidémique.

En rapportant cette observation, dont nous avons discuté, chemin faisant, les modalités, nous n'avons eu d'autre but que d'attirer l'attention sur un mode d'entrée dans l'involution sénile qui prend le masque de la maladie obsédante.

Se référant aux idées de Pierre Janet, on peut admettre que la chute de la tension psychologique, due à la sénescence, a permis à une constitution psychasthénique latente (dont le seul témoin dans notre cas avait été la méticulosité), de s'éveiller et de se manifester avec la symptomatologie habituelle de la maladie des obsessions.

Etude comparative et différentielle des troubles de la mimique chez le catatonique et chez le Wilsonien, par MM. H. BARUK et LEMEUNIER.

Dans une série de publications antérieures, l'un de nous a insisté sur les différences qui séparent, malgré certaines analogies apparentes, la raideur catatonique de la contracture striée et wilsonienne. Ces études comparatives ont été faites surtout au niveau des membres. Mais elles sont peut-être encore plus intéressantes en ce qui concerne le faciès et la mimique.

Nous avons pu observer, dans le service de la Maison Nationale de Saint-Maurice, un cas typique de la maladie de Wilson. Nous avons pu, par des photographies en séries, comparer les troubles si particuliers de la mimique qu'on observe dans cette

affection avec ceux d'une série de malades atteints de catatonie de Kahlbaum.

Afin de bien saisir l'état bien exact de la mimique et d'éviter le plus possible des causes d'erreur d'ordre psychologique, nous



FIG. 1. — Catatonie de Kahlbaum.

avons toujours procédé à ces prises de vue en laissant le malade dans le lieu qui lui est familier, avec l'entourage habituel. Le photographe était enfermé dans une cabine, qui ne laissait en rien deviner sa présence. Le malade ne voyait donc pas le photographe ; une petite ouverture était seulement aménagée dans la cabine pour laisser passer l'objectif. L'éclairage principal est frisant afin de ne pas gêner le malade, mais il doit être corrigé

par un éclairage plus doux (éclairage indirect par une surface blanche) pour éviter les ombres trop dures.

Une première photographie est prise dès l'arrivée du malade.



FIG. 2. — Catatonie de Kahlbaum.
Plissement du front et du menton.

Pendant l'interrogatoire, ou suivant les changements successifs de la mimique, les photographies sont prises à un rythme variable, mais en général au nombre de 24 en 15 ou 20 minutes. On peut ensuite étudier dans leurs détails les variations, et choisir les moments principaux.

En comparant les images obtenues ainsi des catatoniques et

du wilsonien, on saisit les différences qui les séparent. Chez le wilsonien, la contracture apparaît surtout au moment de la



FIG. 3. — Catatonie de Kahlbaum. Dissociation psycho-motrice avec contraction du front, et pincement du menton.

parole. Dès que le malade essaie de parler, toute sa face présente une contraction énorme, les muscles sont extrêmement saillants ; la bouche s'ouvre d'une façon incoercible, à tel point que le malade est obligé de relever son menton avec la main dans

un mouvement de correction excessivement caractéristique (fig. 4). La tête est enfoncée dans les épaules, en extension, les sterno-mastoïdiens tendus, comme pour prendre un point d'appui pour un effort énorme. Les commissures labiales sont tirées de chaque

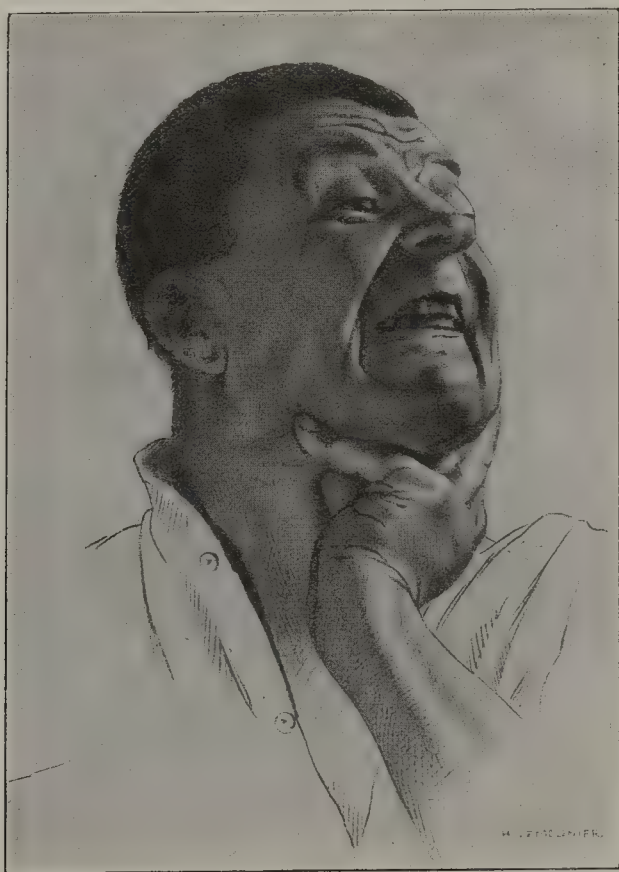


FIG. 4. — Maladie de Wilson.

côté, l'ensemble réalisant une sorte de « rire sardonique ». Cette contracture présente en outre deux caractères essentiels : *elle est globale*, atteignant toute la musculature de la face, et réalisant une contraction d'ensemble analogue à celle que pourrait réaliser un sujet normal au cours d'un effort intense. D'autre part, le phénomène *se reproduit toujours identique à lui-même*, dans des conditions analogues, comme un mécanisme

tout monté qui se déclanche dès la mise en train volontaire et constitue un *barrage moteur* se heurtant à l'action de la volonté.

Regardons maintenant les catatoniques. La contracture du visage est, ici, d'abord extrêmement variable. En outre, elle



FIG. 5. — Catatonie de Kahlbaum.
Dissociation sagittale et frontale.

n'affecte pas le même caractère de contraction globale. La distribution des muscles raides est *remarquablement dissociée* : tantôt on note une contraction intense du front et des muscles de la houppe du menton ou du carré du menton, l'étage moyen du visage restant lisse. C'est un aspect qui nous a paru fréquent. Le *pincement du menton* est parfois extrêmement caractéristique et quasi-inimitable (fig. 3) et contribue parfois à donner une impression de dégoût.

D'autres fois, la dissociation se fait dans le sens sagittal. Une moitié du visage se contracte, l'autre restant lisse. Cet état peut simuler pour un observateur non prévenu, une asymétrie ou une paralysie faciale. Mais, en réalité, il s'agit d'un tout autre phénomène : au cours de l'expression mimique, les deux moitiés du visage, au lieu de se contracter synergiquement, se contrac-

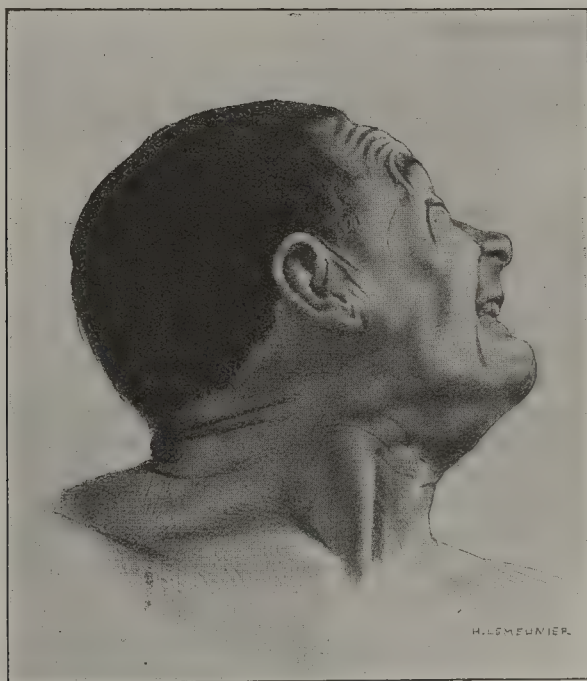


FIG. 6. — Maladie de Wilson.

trent par moitié. Parfois, l'asymétrie change de sens. Parfois, la contracture prédomine du même côté. Enfin, on peut noter une association des dissociations psycho-motrices dans le sens à la fois frontal et sagittal (fig. 5). On observe aussi parfois un froncement accentué du sourcil, le reste de la joue restant lisse. Là aussi, il s'agit d'une dyssynergie différente de l'état normal. D'autres fois, le front seul est plissé alors que le reste du visage reste absolument inerte.

On retrouve donc, dans la catatonie, non plus un barrage moteur global s'opposant à l'action volontaire, mais une mise

en action dissociée, anarchique, de la mise en train psychomotrice (1). Celle-ci s'effectue, non plus suivant les synergies habituelles de la mimique normale, mais elle *réalise des dissociations musculaires très fines que la volonté ne peut reproduire*. Cette notion d'asynergie est nettement objective par les photographies en séries. Ces constatations cliniques concordent d'ailleurs avec les modifications chronaxiques dissociées signalées par Bourguignon et d'Heucqueville (2), au cours de troubles de l'expression mimique chez une catatonique.

Ces faits montrent, d'une part, que la catatonie touche électivement les fonctions psycho-motrices volontaires et que l'atteinte de ces fonctions psycho-motrices s'effectue suivant des dissociations telles que peut en réaliser seulement un processus organique.

M. MINKOWSKI. — Les photographies que nous a présentées M. Baruk sont très intéressantes. Mais je me demande si le terme mimique employé par M. Baruk convient bien. Chez le wilsonien, la contracture s'étend au-delà des muscles de la face, et le sujet emploie sa volonté à lutter contre sa contracture. Chez le catatonique, il y a absence de volonté d'expression. M. Rogues de Fursac a insisté, lui aussi, sur cette dissociation qui intéresse maintes parties de la musculature. Comme exemple typique, je citerai celui d'une catatonique sitiophobe qui, quoiqu'opposant une extrême résistance à l'introduction de la sonde œsophagienne en détournant la tête et serrant les dents, gardait les membres au repos absolu.

M. GUIRAUD. — La projection des belles photographies de M. Baruk est fort démonstrative. La constatation de l'asymétrie des troubles moteurs catatoniques a une certaine importance théorique. En 1924, avec Daussy (1), j'avais décrit, sous le nom de catatonie polymorphe, le fait qu'à un même moment, dans les diverses parties du corps, le trouble catatonique se manifeste sous des aspects différents. En 1927, dans le *Paris Médical* (Catatonie et syndromes extrapyramidaux), j'ai signalé les hémirires et les hémisourires. Enfin, on doit remarquer que, si les troubles moteurs de la maladie de Wilson sont très différents des

(1) Ces phénomènes sont à rapprocher des autres manifestations de dissociations psychomotrices étudiées notamment par Guiraud, Rogues de Fursac, etc...

(2) BOURGUIGNON et d'HEUCQUEVILLE. — Chronaxie et troubles profonds de l'expression mimique chez une catatonique. *Annales Médico-Psychologiques*, mai 1931, T. I, n° 5, p. 461.

troubles catatoniques, des symptômes de transition peuvent être constatés. Je signale à M. Baruk des photographies de troubles de la mimique d'un malade atteint de lésion unilatérale du noyau caudé qui participent des deux modalités Wilson et catatonie (P. Guiraud et M. Derombies, Encéphale, 1932).

Un traitement de grande activité dans la psychose périodique. Le sérum humain épivecteur, par M. Pierre DOUSSINET et M^{lle} El. JACOB.

Depuis le 18 juillet 1931, date à laquelle nous avons pratiqué notre première injection intraveineuse de sérum humain normal, nous avons poursuivi sans relâche notre expérimentation et nos recherches dans le but de préciser les possibilités thérapeutiques de cette médication dans les maladies mentales.

Nous avons utilisé, jusqu'à ce jour, plus de soixante litres de sérum humain : sérum humain normal, sérum de convalescents d'épisodes psychopathiques aigus, sérum de convalescents de maladies infectieuses, sérum de suppurants, sérum activé par l'injection préalable de vaccins au donneur, sérum activé par l'injection préalable au donneur de certaines préparations médicamenteuses.

Nous avons exposé ici même (1) les résultats obtenus avec le sérum humain normal. Nous avons indiqué (2) que le sens général de ses effets dans les maladies mentales était de faciliter la réaction organique salutaire et cela moins à la faveur d'une action choquante toujours très discrète que par l'apport probable de substances protectrices ou activantes indispensables à l'organisme malade pour se ressaisir.

Les propriétés thérapeutiques du sérum humain normal se retrouvent, à un degré sensiblement plus marqué, dans les sérums enrichis en substances immunisantes.

Le sérum de convalescent d'épisodes infectieux bénins (coryza, grippe, bronchite, etc...) fait montre d'une supériorité d'action manifeste.

Cette supériorité, moins évidente dans le sérum de convalescent de grandes pyrexies (rougeole, typhoïde, etc...), réapparaît

(1) G. DEMAY, El. JACOB et P. DOUSSINET. — Données cliniques sur la valeur thérapeutique du sérum humain normal. *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1934.

(2) P. DOUSSINET. — Contribution à l'étude des conditions biologiques de certains troubles mentaux. *Thèse de Paris*, 1934, p. 92.

dans celui des donneurs préalablement soumis à l'action de vaccins polyvalents divers.

Toutefois, la seule indication de valeur que nous ayons retirée de l'usage de ces sérums immunisés concerne le sérum de suppurants (abcès, phlegmons, anthrax, ostéomyélite chronique), qui fait preuve d'une activité vraiment particulière pour les divers états de dépression anxieuse et de confusion trainantes et qui, par contre, est inefficace et habituellement mal toléré dans les états d'excitation.

Ces recherches nous auraient sans doute très longuement retenus si notre expérimentation ne s'était trouvée, dans le même temps, orientée vers une autre voie.

Nous avons établi que l'action curative de certaines préparations infinitésimales à base de soufre pour la manie, d'or pour la mélancolie, d'arsenic pour l'asthénie, s'exerçait en provoquant une réaction en quelque sorte spécifique, et que l'organisme de beaucoup de périodiques perdait, pendant les crises, la faculté de réagir normalement à son réactif d'élection (1).

Nous nous sommes alors employés à conjuguer l'action sollicitante du réactogène et l'action facilitante du sérum humain normal. Dans ce but, nous avons mélangé nos réactogènes au sérum humain considéré comme le véhicule idéal.

L'expérience fut des plus concluantes : avec le concours du sérum humain normal, les organismes de maniaques, de mélancoliques, d'asthéniques, redevenaient aptes à réagir normalement, même au plus fort de leurs accès.

L'extension de l'expérimentation nous enseigna par la suite que les divers sérums de convalescents et de suppurants présentaient également cette propriété que, par contre, le sérum de malades en crise en était entièrement dépourvu et cela pendant toute la durée de l'accès, enfin que l'activité la plus grande et la plus constante se manifestait dans le sérum de villageois au détriment de celui des citadins et en particulier des Parisiens.

Dans le but d'obtenir des véhicules mieux adaptés encore aux exigences des réactions particulières, nous avons, dans un autre groupe d'expériences, préparé nos donneurs avec les solutions infinitésimales elles-mêmes.

Le sérum obtenu 48 heures après l'injection intra-musculaire des réactogènes à base de soufre, d'or, d'arsenic, se montra, contrairement à notre attente, dépourvu des excellentes proprié-

(1) P. DOUSSINET et EL. JACOB. — Contribution à l'étude et au développement de la thérapeutique biologique dans les maladies mentales. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes* (Bâle-Zurich-Berne, juillet 1936).

tés de véhicule du sérum humain normal. Par contre, il apparut qu'il avait acquis une faculté nouvelle plus importante encore : celle de réaliser, de façon passive, l'effet thérapeutique de la réaction organique. Cet effet se montra aussi spécifique que la réaction elle-même ; le sérum conservant les indications thérapeutiques strictes de l'élément utilisé pour préparer le donneur (1).

L'impossibilité d'obtenir l'apparition de semblables propriétés dans le sérum des périodiques en crise vint nous révéler enfin une nouvelle caractéristique de l'état biologique de ces malades.

Considérant ces nouveaux sérums thérapeutiques comme porteurs des produits d'une réaction organique spécifique normale, nous les avons désignés sous le nom de *sérums vecteurs* (des produits de la réaction organique normale au soufre, à l'or, à l'arsenic).

Certains caractères de cette réaction nous ayant paru l'appartenir à la réaction épiphylactique de Wright, nous avons cherché et réussi à provoquer son apparition *in vitro*. Le simple contact du réactif infinitésimal et du sang normal suffit, en effet, à faire apparaître dans le sérum les propriétés précédentes en moins de cinq minutes.

Finalement, combinant les deux techniques, nous avons fait réagir *in vitro* le réactif infinitésimal sur du sang de sujet normal préalablement préparé avec ce réactif. C'est ainsi qu'ont été obtenus nos sérums définitifs.

Produits d'une première réaction survenue *in vivo*, ces sérums sont secondairement activés *in vitro* par une sorte de réaction épiphylactique, qui n'est en somme qu'une répétition de la première.

Nous les avons désignés sous le nom de *sérums épivecteurs* pour bien souligner la participation des deux modes de réaction à leur élaboration.

Les champs d'activité de ces préparations sont ceux du soufre, de l'or et de l'arsenic tels que nous les avons délimités (2), c'est-à-dire, pour le soufre, les états d'excitation, pour l'or, les états de dépression mélancolique, pour l'arsenic, les états de dépression à forme d'asthénie.

Elles trouvent leurs indications les plus nettes dans les formes

(1) P. DOUSSINET et EL. JACOB. — Réaction sanguine d'adaptation à divers éléments chimiques révélée par l'emploi de doses infinitésimales en suspension colloïdale. *Soc. de Pathologie comparée*, Paris, 1937.

(2) Pierre DOUSSINET et EL. JACOB. — Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française* (Bâle-Zurich, juillet 1936).

périodiques de ces états. Leur action s'exerce à n'importe quel moment des troubles, mais d'une façon tout particulièrement remarquable dans la période prémonitoire des rechutes, ce qui en fait le traitement prophylactique par excellence des accidents de la périodicité.

Leur efficacité les place très au-dessus des thérapeutiques usuelles au point qu'on peut leur reconnaître, dans de nombreux cas, la valeur d'un traitement héroïque.

Rappelons brièvement leurs modes d'emploi (1).

Quelle que soit la nature du sérum ou la variété de malades traités, la voie intra-veineuse est la seule préconisée. Les injections peuvent être répétées quotidiennement, mais, d'une façon générale, une injection tous les deux jours suffit en période de troubles aigus. Dans les périodes d'accalmie, une injection hebdomadaire constitue une dose d'entretien habituellement suffisante.

L'épivecteur de soufre utilisé comme traitement curateur ou prophylactique dans les états d'excitation se fait à la dose maxima de 3 cm³ dilués dans 2, 3 ou 4 fois le même volume de sérum physiologique suivant la tolérance du malade.

L'épivecteur de soufre peut être encore utilisé avec succès à titre préventif dans les états schizophréniques récidivants ou dans les formes catatoniques de la démence précoce. Il faut alors l'employer pur et à dose minima de 6 cm³.

L'épivecteur d'or, traitement curateur et prophylactique des dépressions mélancoliques, s'emploie pur à la dose minima de 6 à 8 cm³.

L'épivecteur d'arsenic s'emploie pur à la dose maxima de 6 cm³.

OBS. N° 1. — Mme Toa... présente en septembre 1935, à l'âge de 49 ans, un premier accès dépressif avec anxiété hallucinatoire, vagues idées de persécution, idées de suicide, nécessité de l'hospitalisation : durée 4 mois.

En janvier 1937, un an après, elle redevient triste, inquiète, pleure, ne dort plus, et bientôt se précisent les éléments qui ont caractérisé le premier accès : les idées de persécution non-systématisées, les hallucinations auditives sous-tendues par un état anxieux.

Traitée par deux injections hebdomadaires de sérum épivecteur d'or. Après la troisième piqûre, on note dans l'ensemble une amélioration nette, la dépression s'est atténuée, le sommeil est revenu, mais il persiste quelques manifestations hallucinatoires.

(1) Pierre DOUSSINET et Mlle EL. JACOB. — Des possibilités d'utilisation du sérum humain normal en thérapeutique psychiatrique. *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1934.

Après six injections de sérum épivecteur d'or, la rémission est complète. La durée du traitement a été de trois semaines. Les occupations habituelles n'ont été interrompues que pendant les premiers jours.

OBS. N° 2. — Mme Gle..., 39 ans. Hérité psychopathique chargée.

Deux accès dépressifs : le premier en 1932, le deuxième en 1935, d'une durée de 1 an chacun.

Le troisième accès débute en août 1937 et se caractérise, comme les précédents, par un état de dépression anxieuse : pleurs continuels, découragement, anxiété diffuse, sentiment d'incurabilité, idées de suicide, fatigabilité extrême. Altération progressive de l'état général : vomissements de bile quotidiens, amaigrissement, céphalées, insomnie.

Le traitement est institué à l'acmé des troubles. A partir du 17 septembre 1937, la malade reçoit deux injections de sérum épivecteur d'or par semaine.

Dès la deuxième piqûre, elle retrouve le sommeil, les vomissements et les céphalées disparaissent, l'anxiété s'atténue.

Après la quatrième injection, elle est beaucoup moins déprimée, n'extériorise plus d'idées de suicide, critique ses troubles et n'accuse plus qu'un certain degré de tristesse.

Le 6 octobre 1937, trois semaines après le début du traitement, la malade peut être considérée comme guérie. Le traitement est arrêté après une série de huit injections.

Cet accès, présentant toutes les caractéristiques des deux accès antérieurs aura à peine duré deux mois.

OBS. N° 3. — Mme P..., 35 ans.

Premier accès dépressif à 20 ans.

Deuxième accès dépressif à 30 ans, nécessitant chacun trois mois d'internement, caractérisé par un début progressif, puis un syndrome mélancolique avec anxiété, instabilité motrice, ralentissement psychique, idées de culpabilité, auto-accusation, hantise de la mort, amaigrissement important. Acétonurie.

Amélioration progressive. Rémission complète.

Troisième accès à 32 ans (1935), identique au précédent dans son aspect et son évolution.

Du 14 au 28 octobre 1936, installation progressive de l'état de dépression avec insomnie, fatigue, remords, préoccupations morbides diverses, prélude d'une rechute qui se confirme bruyamment le 26 novembre 1936.

Traitée à raison de trois injections par semaine de sérum épivecteur d'or. En 8 jours, la rechute est jugulée. La rémission est ensuite consolidée par une injection hebdomadaire.

Le 5 mai 1937, on note une nouvelle alerte à l'occasion de la perte d'un membre de sa famille. L'instauration immédiate du traitement n'a pas permis à la rechute de se dessiner complètement.

OBS. N° 4. — Mme Dur..., 33 ans.

Premier accès dépressif à 30 ans (1935).

Début progressif aboutissant à un syndrome mélancolique avec idées de culpabilité et vagues idées de persécution, paroxysmes anxieux, idées de suicide, troubles digestifs, amaigrissement considérable. Acétonurie. Cet accès a duré un an.

Le 21 octobre 1936 : les éléments d'une rechute apparaissent progressivement : insomnie, irritabilité, pleurs, ennui, tristesse, désintérêt, céphalées, vomissements bilieux, acétonurie.

L'efficacité du traitement fut rapide et complète. Dès la deuxième injection de sérum épivecteur d'or, la malade recouvrait son état normal.

Le 19 mai 1937, elle fut à nouveau traitée dans des conditions identiques et avec le même succès.

OBS. N° 5. — Mme Van E..., 57 ans.

Premier accès mélancolique à 36 ans. Guérison en deux mois.

Deuxième accès mélancolique à 44 ans. Guérison en quatre mois.

Troisième accès mélancolique à 51 ans. Guérison en six semaines.

Quatrième accès à 56 ans (1936). Début progressif en novembre par insomnie, tristesse, abattement, anxiété. Puis, syndrome mélancolique avec sentiment d'incurabilité, idées de suicide.

Plus marqué que les précédents, cet accès traîne et ne paraît pas évoluer spontanément vers la guérison.

A partir du 31 mars 1937, trois injections de sérum épivecteur d'or par semaine. Dès la première piqûre, l'état de la malade se transforme.

La guérison est complète dès le 10 avril 1937. Le traitement est interrompu après 10 injections.

OBS. N° 6. — M. Fr..., 54 ans.

A présenté, depuis 1927, neuf accès maniaques typiques.

Crises annuelles, débutant toutes à la même époque de l'année : août ou septembre, caractérisées par un état d'excitation psychique : logorrhée, fuite des idées. Idées de grandeur ; prosélytisme religieux, hyperactivité, agitation motrice nécessitant l'internement et la contention.

Chaque accès dure six mois, suivi d'une rémission complète de six mois. Le 15 septembre 1936, à l'époque habituelle du début des accès, apparaissent les signes de la rechute : le malade ne dort plus, devient nerveux, irritable, violent avec sa famille, d'une prodigalité excessive, familier, logorrhéique ; les idées de grandeur qui caractérisent chacun de ses accès réapparaissent, il veut entreprendre de grandes affaires ; il est hyperactif, infatigable.

Traité immédiatement par du sérum épivecteur de soufre, sur le rythme de deux injections par semaine, les troubles disparaissent rapidement dès la deuxième piqûre.

Rémission complète après quatre injections, en 15 jours à peine. Depuis, à titre prophylactique, M. Fr... reçoit une injection hebdomadaire d'épivecteur de soufre et son état est entièrement satisfaisant.

OBS. N° 7. — Mme Lec..., 47 ans.

Quatorze accès de manie typique : le premier à 26 ans, le deuxième à 31 ans, le troisième à 33 ans, le quatrième à 35 ans. Depuis, les accès sont annuels (dernier accès en 1936) :

— ils ont une durée de quatre à cinq mois au moins ;

— ils sont tous caractérisés par un début progressif avec troubles fonctionnels digestifs et hépatiques ; puis, par un état d'excitation psychique : logorrhée, cris, chants, fuite des idées, hostilité, agressivité, et agitation motrice, nécessitant l'internement.

Le 15 juin 1937, les éléments de la rechute apparaissent progressivement : troubles digestifs, vomissements, fatigue générale, insomnie. Puis rapidement, en 48 heures, s'installe le syndrome complet : logorrhée incoercible, chants, fuite des idées, hyperactivité, plaintes contre l'entourage ; inconscience de l'état morbide. Traitée par trois injections par semaine de sérum épivecteur de soufre.

Rémission complète après la sixième injection, l'accès ayant duré 15 jours. Au total, la malade reçut 10 injections sans quitter son foyer.

OBS. N° 8. — Mme Val..., 34 ans.

Premier accès maniaque à 32 ans :

— début rapide ; syndrome constitué en 48 heures ;

— accès maniaque, franc, typique ;

— durée : sept semaines ;

— sédation brusque : aucune phase dépressive, rémission complète.

Intervalle libre : 15 mois.

Le 9 juin 1937 : rechute brusque : logorrhée, chants, cris, théâtralisme, insomnie. Tableau complet constitué en 24 heures.

Sous l'influence d'une injection de sérum épivecteur de soufre, la rechute est instantanément jugulée et la rémission obtenue en trois heures.

La malade reçut au total 10 injections à raison de trois par semaine. Dès la deuxième semaine, elle a pu reprendre ses occupations.

OBS. N° 9. — Mme Le G..., 37 ans.

Psychose intermittente évoluant depuis 1933. Quatre accès, trois internements.

En novembre 1933, premier accès caractérisé par un état dépressif avec anxiété, semi-mutisme, tentative de suicide.

Guérison spontanée en six mois.

Rémission de six mois.

En septembre 1934, deuxième accès de dépression identique, d'une durée de cinq mois.

Rémission de deux mois à peine.

En mars 1935, troisième accès caractérisé par un état d'excitation maniaque typique ; durée sept mois ; une période normale de six mois lui fait suite.

En juin 1936, quatrième accès : état d'excitation maniaque typique. Durée : huit mois.

Le 14 novembre 1936, deux mois après la sortie de l'asile, apparaissent les signes précurseurs de la rechute : insomnie, céphalées, subexcitation psychique, loquacité, irritabilité extrême, réactions violentes, vagues idées de persécution.

Après trois injections de sérum épivecteur de soufre, les troubles disparaissent complètement.

Le 17 avril 1937, nouvelle alerte qui entraîne les mêmes interventions suivies des mêmes effets du traitement.

OBS. N° 10. — Mme Ger..., 47 ans.

Premier accès à 42 ans, d'une durée totale de six mois ; caractérisé au début par un état maniaque avec excitation psycho-motrice auquel succède, au bout de deux mois, sans intervalle libre, un état dépressif avec interprétations et hallucinations auditives.

Deuxième accès à 44 ans, d'une durée de sept mois, présentant les mêmes caractéristiques.

Troisième accès à 45 ans (1935), identique, avec rémission au bout de neuf mois. Tous ces accès ont nécessité l'internement.

Le 5 mai 1937 : l'insomnie, l'irritabilité, l'hyperactivité annoncent une rechute prochaine.

Traitée immédiatement par des injections de soufre, l'état d'excitation ne se précise pas.

Mais le 30 mai apparaissent les éléments habituels de l'état dépressif, et surtout les hallucinations auditives, la malade désignant nettement certains voisins qui l'insultent, etc...

Le traitement est aussitôt modifié : dès lors, deux fois par semaine sont pratiquées des injections de sérum épivecteur d'arsenic.

Après la deuxième piqûre, les hallucinations ont complètement disparu.

Rémission complète après six injections.

Le 1^{er} septembre 1937, à nouveau, petite phase d'excitation avec logorrhée, hyperactivité, irritabilité, agressivité vis-à-vis de son mari. Insomnie marquée, rapidement calmée par trois injections de sérum épivecteur de soufre.

Mais, le 12 septembre 1937, réapparition de la phase dépressive avec hallucinations auditives nettes. Traitement modifié : trois injections par semaine de sérum épivecteur d'arsenic.

Après la quatrième injection, l'amélioration est évidente, l'activité est revenue, les manifestations hallucinatoires ont disparu.

OBS. N° 11. — Mlle Set..., 20 ans.

Premier accès à 18 ans : excitation atypique faite surtout d'agitation motrice et d'impulsions. Aspect maussade et non euphorique, mimique discordante, désintérêt et négativisme par intervalles.

Guérison spontanée en six mois : rémission franche, complète.

Deuxième accès identique à 19 ans. Evolution comparable en sept mois.

L'année suivante, dès l'apparition des premiers signes de la rechute, un traitement à l'épivecteur de soufre pur est institué.

Sous son influence, les troubles précurseurs se sont rapidement évanouis pour réapparaître discrètement après son interruption.

L'instauration du traitement prophylactique régulier, à raison de deux injections hebdomadaires de sérum épivecteur de soufre pur, fut nécessaire pour consolider définitivement cette rémission.

OBS. N° 12. — Mlle Rou..., 24 ans.

Premier accès dépressif en 1936, à l'âge de 23 ans, caractérisé par une asthénie à la fois psychique et physique, diminution des facultés d'attention et de mémoire, sensation d'anéantissement général. Par ailleurs, sentiment d'incurabilité, désintérêt, diminution nette des sentiments familiaux, peut-être même quelques légers troubles du caractère. Céphalées, inappétence, insomnie, amaigrissement notable. Guérison brusque et totale après trois mois d'évolution.

Un deuxième accès dépressif identique s'installe sept mois après et évolue en quatre mois.

Le 8 septembre 1937, les signes d'une rechute se manifestent progressivement : la malade éprouve une fatigue intense, son travail ne l'intéresse plus, elle devient inaffectueuse et insociable. Un traitement comportant deux injections hebdomadaires de sérum épivecteur d'arsenic est alors institué.

Dès la première injection, l'amélioration se dessine : la disparition complète des troubles est obtenue après cinq injections.

Ces observations, choisies parmi les plus suggestives, pourraient suffire à rendre un compte exact de l'activité des sérums épivecteurs si nous disposions de quelque critère biologique qui permette au clinicien de s'orienter dans le bloc manifestement hétérogène des psychoses périodiques et de formuler, à coup sûr, l'indication thérapeutique précise. Malheureusement il n'en est rien, et le résultat thérapeutique représente même souvent le seul critère biologique qui établisse une distinction de quelque intérêt entre des états que nos classifications clinico-psychologiques ont artificiellement réunis. Là encore, il faut nous résigner à accepter l'enseignement de la thérapeutique, puisque c'est seulement d'elle que peuvent nous venir les premiers éléments sérieux de discrimination biologique. Les groupements qu'elle

autorise ne sont qu'un pas bien modeste vers les classifications biologiques promises à l'avenir. Ils en sont un cependant parce qu'ils mettent en valeur des différences radicales que les apparences cliniques ne permettaient pas de soupçonner.

Nous avons entrepris d'esquisser la silhouette de tels groupements dans le cadre de la psychose périodique dans l'espoir unique de permettre aux expérimentateurs de faire œuvre thérapeutique utile avec les plus grandes chances de succès.

C'est par l'exposé d'un essai de catégorisation thérapeutique des états périodiques que nous terminerons cette communication.

1^{er} groupe (action optima de l'épivecteur d'or) :

a) Accès dépressifs de type mélancolique à *rémission franche* sans alternance avec accès d'excitation ;

avec apyrexie constante ;

avec ou sans signes digestifs (vomissements, pituites) ;

avec ou sans signes urinaires (acétone, albumine, glucose) ;

avec ou sans azotémie légère ;

avec ou sans balancement ;

quel que soit l'âge ;

quelle que soit l'hérédité ;

sur fond de débilité ou sur fond mental normal ;

avec ou sans appoint alcoolique.

b) Accès dépressif de type mélancolique alternant avec des accès d'excitation, mais séparés de ces derniers par des rémissions franches de longue durée.

2^e groupe (action incertaine, médiocre ou nulle de l'épivecteur d'or) :

a) Accès mélancoliques se continuant sans interruption par des accès d'excitation.

b) Accès maniaco-dépressifs de forme mixte.

c) Accès dépressifs avec fièvre (avec ou sans localisations viscérales évidentes).

d) Accès dépressifs d'allure mélancolique des psychasthéniques.

e) Paroxysmes dépressifs des déprimés constitutionnels.

f) Accès dépressifs symptomatiques d'autres psychoses.

3^e groupe (action optima de l'épivecteur de soufre dilué) :

a) accès d'excitation maniaque à *rémission franche* sans alternance avec accès dépressifs ;

avec apyrexie constante ;

avec ou sans balancement ;

quel que soit l'âge ;

quelle que soit l'hérédité ;

sur fond de débilité ou sur fond mental normal ;

avec ou sans appoint alcoolique.

b) Accès d'excitation maniaque alternant avec des accès de dépression, mais séparés de ces derniers par des rémissions franches de longue durée.

4° groupe (action préventive optima de l'épivecteur de soufre pur) :

a) Accès catatoniques à *rémission franche*.

b) Accès d'excitation maniaque atypique d'allure plus ou moins schizophrénique, mais à *rémission franche*.

5° groupe (action incertaine, médiocre ou nulle de l'épivecteur de soufre dilué) :

a) Accès d'excitation se continuant sans interruption par des accès dépressifs.

b) Accès maniaco-dépressifs de forme mixte.

c) Accès d'excitation maniaque avec fièvre (avec ou sans réaction viscérale évidente).

d) Accès d'excitation maniaque des psychasthéniques.

e) Paroxysmes hypomaniaques ou maniaques des excités constitutionnels.

f) Accès d'excitation maniaque symptomatiques d'autres psychoses.

6° groupe (action défavorable ou nocive de l'épivecteur de soufre) :

a) Excitation maniaque avec appoint confusionnel ou onirique.

b) Excitation maniaque avec confusion, hyperthermie, hyperazotémie (contre-indication formelle).

7° groupe (action optima de l'épivecteur d'arsenic) :

a) Dépressions à forme d'asthénie à *rémission franche* sans alternance avec accès d'excitation.

b) Dépressions à forme d'asthénie alternant avec des accès d'excitation, mais séparées de ces derniers par des rémissions franches de longue durée.

c) Dépressions à forme d'asthénie de certains déprimés constitutionnels.

d) Certaines formes de dépression anxieuse qui se caractérisent uniquement par l'inefficacité paradoxale de l'épivecteur d'or.

8° groupe (action incertaine, médiocre ou nulle de l'épivecteur d'arsenic) :

a) Accès dépressifs à forme d'asthénie se continuant sans interruption par des accès d'excitation.

b) Accès dépressifs des psychasthéniques.

M. HAMEL. — Dans une communication comme celle-ci, on ne saurait apporter trop de précision sur les doses des médicaments employés, sur leurs effets et sur l'intensité des troubles contre lesquels on les a employés. On ne sait jamais si, dans une psychose intermittente, un accès dont on croit reconnaître l'imminence éclatera ou n'éclatera pas. Et il est abusif souvent d'attribuer à une thérapeutique préventive l'avortement, en réalité spontané, d'un accès. Ces réflexions ne sont pas inspirées chez moi par le scepticisme. Je crois qu'au contraire il faut ne pas rester inactif devant les maladies mentales. J'étudie moi-même en ce moment l'effet d'un sérum. Mais toutes les publications de nature thérapeutique concernant les sérums, les psychobiasés et autres produits, ne sauraient jamais apporter assez de précision.

M. BRIAU. — Par quel mécanisme agit cette médication ?

M. DOUSSINET. — Par le mécanisme du choc minime puisqu'il n'y a quelquefois pas de température. Dans le détail des observations, que je n'ai pas lues en entier pour ne pas allonger la séance, le lecteur trouvera les précisions demandées par M. Hamel. Nous insistons sur le fait que les doses ne sont pas les mêmes pour toutes les psychoses, et que, notamment, il y serait très dangereux d'injecter aux maniaques beaucoup de sérum humain non dilué abondamment, pas plus de 3 cm³ dans 4 de sérum physiologique.

M. GUIRAUD. — Ce danger de l'injection du sérum humain non dilué me paraît illusoire. Et l'on peut impunément injecter à n'importe qui 50 cm³ de sérum humain.

Sept psychoses du type démence précoce traitées par l'insuline, par MM. LAURENT et RONDEPIERRE.

Nous nous proposons de rapporter ci-après sept cas de psychoses du type démence précoce traitées par l'insuline.

Il s'agissait de sept jeunes femmes dont la psychopathie évoluait depuis un temps très variable (maxima : dix ans, minima : deux mois) ; sauf pour un cas, les résultats favorables ont été fonction de l'âge de la maladie.

3 GUÉRISONS :			4 INSUCCÈS :	
	Début des troubles mentaux	Durée de la maladie au moment du début du traitement.		Durée de la maladie au début du traitement.
Hélène P..., 26 ans....	2 jours après accouchement.	2 mois	Suzanne L., 18 ans....	3 mois
Adèle D..., 26 ans....	2 mois après accouchement.	3 mois	Lucienne G..., 35 ans....	2 ans
Marie T..., 25 ans....	3 mois après accouchement.	11 mois	Rose J..., 25 ans....	3 ans
			Madeleine A..., 30 ans....	10 ans

Observations résumées

I. — Succès

1. *Mme Hélène P...*, 26 ans. Pas d'antécédents vésaniques. Début brusque des troubles mentaux 48 heures après un premier accouchement normal, sans fièvre (16 décembre 1936). Placée dans un hôpital du 30 décembre 1936 au 13 janvier 1937. Au début de la maladie, présentation maniaque : logorrhée incoercible et symptômes confusionnels, euphorie, chants, plaisanteries, agitation violente, insomnie. Hallucinations visuelles et auditives. Désorientation.

Entrée à l'asile le 13 janvier 1937 : hallucinations visuelles (quittait son lit, la nuit, ne s'y croyant pas seule. Visions d'un homme armé). Anxiété. Idées délirantes de persécution. Obnubilation intellectuelle. Fatigabilité psychique. Désorientation partielle dans le temps et l'espace. Agitation motrice, impulsivité ; trivialité, injures. Inconscience de son état. Ambivalence. Sourires immotivés. Urée sanguine normale (0 gr. 22). Pas de signes neurologiques.

Au début du traitement : inertie. Indifférence affective : ne s'est jamais inquiétée de savoir si son enfant était vivant (chez elle, elle

avait toujours refusé de le voir, voulant une fille et ayant eu un garçon). Propos bizarres. Désintérêt total. Inactivité complète.

Début du traitement : le 14 février 1937, avec 20 U.I.

Apparition du premier coma à la septième injection avec 55 unités.

Dose maxima injectée en une fois : 65 unités.

Nombre de comas, simples : 1 ; avec épilepsie : 11.

Fin du traitement : le 14 mars 1937. Sortie le 21 mars 1937.

Au bout de quatre comas simples ou avec épilepsie, et avec 60 unités, on note une modification très nette de l'état mental : retour progressif du calme et de la lucidité, l'humeur est gaie. L'activité redevient normale ; l'après-midi, la malade s'occupe très utilement. Elle se montre maintenant capable de s'entretenir avec le médecin d'une façon tout à fait raisonnable et suivie ; elle lit des prières. Réapparition de l'affectivité, les sentiments de famille sont retrouvés, elle parle de son mari et de son enfant, sollicite sa sortie, reçoit avec satisfaction la visite de M. P...

2. *Mme Adèle D...* Pas d'antécédents vésaniques personnels ou héréditaires. Trois premières grossesses normales, quatrième pénible (vomissements), accouchement et suite de couches sans incident, mais au bout de deux mois abcès du sein traité par vaccins ; fatigue, anémie et début des troubles mentaux. L'internement a lieu deux mois plus tard, soit quatre mois après l'accouchement.

Syndrome hébéphrénocatatonique. Au début : hallucinations auditives et visuelles avec anxiété. Délire incohérent. Agitation. Insomnie. Tentatives de suicide. Disparition assez rapide du syndrome hallucinatoire, puis stupeur, mutisme presque absolu. Bradypsychie. Discordance. Suggestibilité, conservation des attitudes. Négativisme, rétention volontaire d'urine (sondée quotidiennement). Refus partiel d'aliments (alimentation à la sonde). Indifférence émotionnelle en apparence complète, inertie mentale et motrice, immobilité, passivité, inactivité. Troubles vaso-moteurs au niveau des membres inférieurs (cyanosés). Vernes à la résorcine : 16.

Début du traitement le 16 février 1937 avec 20 U.I. Apparition du premier coma à la seizième injection avec 95 unités. Dose maxima injectée en une fois : 110 unités. Nombre de comas, simples : 27, avec épilepsie : 5. Fin du traitement : 27 mai 1937. Sortie (en congé d'essai de trois mois), le 6 juin 1937.

Au bout de dix comas simples ou avec épilepsie, le 1^{er} avril 1937, et avec 95 U.I. d'insuline, manifestations d'affectivité normale au cours d'une visite du frère de la malade ; celle-ci s'enquiert de la situation de toute sa famille, réclame sa sortie pour retrouver sa mère et ses enfants. Le 11 et le 25 avril 1937, de nouvelles visites (dont celle du père) sont également reçues avec satisfaction. Peu à peu, l'état mental s'améliore : la malade fait maintenant la critique de ses troubles psychopathiques antérieurs : elle explique avec volubilité et force détails les hallucinations auditives qui l'assaillaient,

nomme sa persécutrice (une Française s'exprimant en italien) ; toutefois, elle persiste à croire à la réalité de la voix qu'elle entendait. Enfin, le 1^{er} juin 1937, cessation brusque des phénomènes hallucinatoires, après un essai de psychothérapie ; il ne subsiste plus qu'une amnésie lacunaire portant sur la date du début de la maladie et la durée de l'internement.

3. *Mme Marie T...* Pas d'antécédents pathologiques. Accouchement normal d'un premier enfant le 29 octobre 1935, *trois mois et demi* plus tard, début brusque des troubles mentaux au moment du retour de couches.

Apparence maniaque au début : agitation, cris, chants, mobilité et désordre des idées et des actes, aprosexie, fuite des idées, plaisanteries, familiarité des propos, grossièretés, blasphèmes, hypermimie. Insomnie. Aménorrhée.

Symptômes ayant fait craindre la démence précoce : idées délirantes ébauchées et mobiles, logorrhée incohérente, négativisme par intervalles, incurie, indifférence affective (ne s'inquiète pas de son enfant), impulsions violentes contre le personnel, retour du sommeil sans amélioration parallèle des troubles mentaux, troubles vaso-moteurs (teinte cyanotique au niveau des membres inférieurs). Verres φ : 31.

Début des troubles mentaux vers le milieu de février 1936. Traitement commencé un an plus tard, le 16 février 1937, avec 20 unités d'insuline. Apparition du premier coma à la dixième injection avec 65 unités. Nombre de comas, simples : 28 ; avec épilepsie : 9.

Dose maxima injectée en une fois : 105 unités.

Au bout de cinq comas simples et avec épilepsie et avec 90 unités d'insuline, la malade se montre plus calme, elle répond déjà mieux aux questions. Le 29 avril, à l'occasion d'une visite de son mari, Mme T... se déclare contente de le voir, elle demande des détails sur son fils, parle de son beau-père, s'intéresse à son travail (spontanément), s'informe d'un cousin, etc... Elle s'ennuie, « elle a l'idée qu'elle ne sortira pas d'ici ». Elle ne parle pas longuement de son enfant, elle change vite de sujet ; les réponses sont adéquates et satisfaisantes, mais les questions spontanées rares. « Rien ne me dit », dit-elle. Le 10 mai, pour la première fois, elle s'occupe aux soins du ménage le matin et tricote l'après-midi. Il est vrai de dire que le personnel de l'Etablissement la stimulait et l'encourageait de son mieux. A partir de ce moment, l'amélioration s'accuse progressivement et apparaît incontestable.

Fin du traitement, le 28 mai 1937. Sortie définitive par guérison le 30 mai 1937.

Nous avons reçu plusieurs lettres émanant de ces trois malades ou de leurs familles attestant que la guérison est complète et le résultat du traitement stabilisé.

II. — INSUCCÈS

Suzanne L..., 18 ans.

Antécédents héréditaires : la mère aurait des troubles mentaux. Antécédents personnels : enfance inconnue (placée actuellement à l'Assistance publique). Début des troubles mentaux non connu de façon précise, mais relativement récent. Maniérisme. Indifférence. Inaffectivité. Inactivité. Rires immotivés. Propos inadéquats. Inconscience de son état. Troubles de la conduite et désordre des actes. Tentatives de suicide à l'extérieur. Impulsivité, violences (a frappé les infirmières à plusieurs reprises). Turbulence nocturne. Vernes à la résorcine : 21. Bordet-Wassermann : négatif. Début du traitement : 8 février 1937 avec 10 unités. Apparition du premier coma à la onzième injection avec 50 unités. Dose maxima employée en une fois : 80 unités. Nombre de comas : a) simples : 8 ; b) avec épilepsie : 16. Fin du traitement : le 7 avril 1937. Résultat nul.

Néanmoins, au début du traitement, on avait noté une atténuation légère du négativisme : les réponses aux questions posées étaient devenues moins brusques, plus correctes et plus polies.

Lucienne G...

Pas d'antécédents pathologiques. Délire polymorphe. Incohérence des propos. Variabilité de l'humeur. Ambivalence. Discordance. Sourires immotivés. Négativisme. Impulsivité. Excitation psychique avec agitation motrice, insultes, grossièretés, voies de fait. Inactivité. Incurie. Hallucinations auditives. Gâtisme complet. Troubles mentaux initiaux au début de sa grossesse (la première) au cours de laquelle elle fit plusieurs tentatives de suicide. Accouchement normal. Traitée en février 1936 par la sulfosine sans aucun résultat favorable. Réaction de Vernes à la résorcine : D.O. : 21 (février 1936). Début des troubles mentaux vers mars 1935 : deux ans. Traitement commencé le 27 avril 1937 avec 20 unités. Apparition du premier coma à la quatrième injection avec 40 unités. Dose maxima employée en une fois : 60 unités. Nombre de comas : a) simples : 17 ; b) avec épilepsie : 1. Fin du traitement : le 15 juin 1937. Résultat nul : aucune modification de l'état mental.

Rose J..., 25 ans.

Pas d'antécédents pathologiques connus. Perversité. Délinquance. Mythomanie. Aproxexie. Ambivalence. Discordance. Maniérisme. Indifférence affective et sexuelle. Habituellement agitée ; déprimée quelquefois. Délire incohérent. Hallucinations visuelles et auditives probables. Tentatives d'automutilation. Impulsivité continuelle (bris de carreaux, laceration du linge). Tentatives de suicide quotidiennes, avale avec le sourire les boulons et les œilletons d'entraves, du verre, des épingles (vérification radioscopique). Vernes résorcine : 16. Début du traitement : le 24 mars 1937 avec 20 unités d'insuline. Apparition du premier coma à la dix-septième injection avec 110 unités. Dose maxima employée en une fois : 170 unités. Nombre de comas :

a) simples : 22 ; b) avec épilepsie : 1. Fin du traitement : le 29 juin 1937. Résultat nul.

Madeleine A..., internée à 24 ans, le 22 juillet 1931, un an après une sœur également démente précoce.

Antécédents héréditaires, directs : père, syphilis certaine, décédé. Mère, bien portante, vivante. Non traitée.

Collatéraux : 1. Sœur aînée : H Σ (pemphigus à la naissance, nez en lorgnette), devenue démente précoce (précocissime), malgré le traitement anti- Σ , conserve encore des réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien. — 2. Deuxième sœur : née à terme 24 mois plus tard en tous points normale, vivante, a une fille également bien portante. — 3. Un frère normal mort accidentellement à 11 ans. — 4. *Madeleine* (la plus jeune) : enfance normale jusqu'à 18 ans. Intelligente. Sténo-dactylo. Démence précoce ayant évolué pendant six ans sans internement. Inaffectivité, bizarreries, erreurs dans son travail. Signe du miroir. Impudicité. Projets absurdes de mariage. Rires immotivés.

Le Bordet-Wassermann ayant été trouvé positif total dans le liquide céphalo-rachidien, traitement anti- Σ très énergique et longtemps prolongé (Professeur Cornil de Nancy). Evolution inexorable : excitation maniaque, puis négativisme, mutisme, inertie, impulsivité par intervalles, stéréotypies, maniérisme, rires explosifs, lacération, parfois refus d'aliments, gâtisme total. Actuellement, liquide céphalo-rachidien normal et Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Traitée par Hg, As, Bi, Sulfosine (dix accès fébriles), Stovarsol (deux séries de 21 gr.). Impaludation. Aucun résultat (seule la Sulfosine amena une disparition passagère du mutisme). Traitement par l'insuline commencé le 12 février 1937 avec 20 unités. Apparition du premier coma à la seizième injection avec 95 unités. Dose maxima employée en une fois : 95 unités. Nombre de comas : a) simples : 13 ; b) avec épilepsie : 1. Traitement terminé le 18 mars 1937. Résultat nul.

Commentaires. — Les diverses constatations faites par nous au cours du traitement confirment en tous points les remarques des divers auteurs ayant déjà publié sur ce point ; par conséquent, d'abondants commentaires seraient superflus.

Nous avons utilisé la technique préconisée par le Dr Guiraud consistant à donner, la veille de l'insulinothérapie, un dîner pauvre en hydrates de carbone. Il n'est pas douteux que le coma est obtenu, le lendemain, avec des doses d'insuline inférieures aux doses nécessaires sans cette précaution.

Nous signalerons seulement — le fait n'ayant pas encore été mentionné, du moins à notre connaissance — l'excitation sexuelle qui suivait le coma (accompagné de crises convulsives) chez une de nos malades (observation Suzanne L...). Cette jeune fille se

livrait à une masturbation automatique pendant la phase sub-confusionnelle de retour progressif à la conscience. Nous avons observé exactement le même phénomène chez une autre de nos jeunes malades, traitée, celle-là, avec succès par le Cardiazol et dont nous publierons l'observation. Cette manifestation érotique doit être, à notre avis, imputée à l'épilepsie, car le hasard — et l'observation scrupuleuse de nos infirmières — nous ont permis de rapprocher le cas absolument identique d'une troisième femme, débile mentale atteinte d'épilepsie dite « essentielle » qui se livrait assez fréquemment à la masturbation (avec amnésie consécutive), après ses crises comitiales spontanées.

Nous n'avons eu à déplorer aucun accident au cours du traitement. Fréquemment, la température, au cours du coma, était au-dessous de la limite inférieure du thermomètre. Dans un cas, nous avons observé des irrégularités du pouls et des extrasystoles, nous avons écourté alors les comas, mais avons poursuivi le traitement en donnant des toni-cardiaques *per os* et en piqûres. La malade a guéri (observation Marie T...).

Conclusions. — Nous avons rapporté succinctement les observations de sept malades ayant présenté une symptomatologie rappelant la démence précoce et qui ont été traitées par les chocs insuliniques : quatre n'ont pas été influencées par le traitement, trois ont guéri.

Parmi ces quatre insuccès, on note trois cas à début ancien ou même très ancien (2 ans, 3 ans, 10 ans) ; ces trois cas avaient été traités auparavant, également sans résultat, par la Sulfo-sine (1).

Pour trois cas sur quatre, l'insuccès peut s'expliquer par l'âge de la maladie au moment où fut instituée l'insulinothérapie ; le quatrième cas est discutable (Suzanne L...), notre premier diagnostic avait été « bouffée délirante polymorphe des dégénérés », il n'est pas invraisemblable, cette jeune malade peut encore guérir en l'absence de tout traitement.

Quant aux trois cas traités avec succès, nous ne nous le dissimulons pas, ils paraissent, *a priori*, suspects en ce qui concerne le diagnostic : l'apparition des troubles mentaux était récente, il aurait pu s'agir de psychose spontanément curable ; le diagnostic de psychose puerpérale pouvait être posé dans deux cas (Hélène P... et Adèle D...) ; dans le troisième, les troubles mentaux étaient apparus 3 mois après un accouchement normal ;

(1) Ils figurent dans les cas « insuccès » de notre statistique publiée dans les *A. M.-P.* de mai 1937.

peut-être s'agissait-il de manies atypiques, d'états mixtes, de confusion mentale simple..., mais peut-être aussi de ces psychoses puerpérales qui deviennent assez vite des démences précoces (évolution vers la chronicité dans 30 à 50 0/0 des cas selon la forme) (Sivadon, Thèse, Paris, 1933).

On pense bien que nous nous sommes fait toutes ces objections ; mais si, armés d'une thérapeutique paraissant agir seulement dans les cas relativement récents, il nous faut attendre, pour l'appliquer, d'être en présence de psychoses à diagnostic certain (en existe-t-il ?), les délais de curabilité seront largement dépassés.

Si tous ces cas traités ne rechutent pas, ce sera déjà un argument, car il serait difficile d'admettre que tous aient été des erreurs de diagnostic, on pourra d'ailleurs, s'ils rechutent, invoquer un traitement sans doute insuffisant !

En réalité, la preuve formelle ne sera apportée, à notre avis, que dans quelques années : si tous les aliénistes se mettent à traiter précocement les cas suspects de démence précoce et que les statistiques générales démontrent la diminution du nombre des démences précoces, l'efficacité du traitement sera démontrée.

M. GUIRAUD. — L'auteur parle d'erreurs de diagnostic concernant la démence précoce. Mais étant donné que le concept démence précoce varie suivant les auteurs, que, par exemple, M. Minkowski donne ce nom à des états auxquels je le refuse, il est impossible de faire un diagnostic erroné en cette matière. L'erreur de diagnostic est possible en matière de paralysie générale où tout le monde est d'accord sur les éléments cliniques et biologiques constitutifs de la maladie. C'est sur les signes d'incurabilité qu'il faut porter son attention. Eh bien, chaque fois que j'ai employé l'insulinothérapie dans des cas apparemment incurables et que j'appelle démence précoce, elle a échoué.

M. MINKOWSKI. — Il s'est produit des discussions analogues autrefois à propos de la paralysie générale, lorsqu'on considérait que le pronostic est un élément essentiel de la maladie. On appelait syphilis cérébrale les cas qui cédaient au traitement et paralysie générale ceux qui lui étaient réfractaires.

La séance est levée à 18 heures 20.

Le Secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVI^e Réunion Neurologique Internationale

8, 9 et 10 Juillet 1937

Présidence : M. BARRÉ, président

La douleur dans les maladies organiques du système nerveux : nerfs périphériques, par M. Jean DECHAUME (de Lyon) (1).

L'étude de la douleur dans les maladies des nerfs périphériques est restée à l'arrière-plan, car les algies ne présentent pas l'objectivité des signes organiques qui leur sont associés. C'est en sortant du cadre un peu étroit d'une méthode anatomo-clinique trop morphologique qui semble dominée par un schéma définitif des voies sensitives cérébrospinale et d'une physiologie trop systématique qui s'efforce de donner à la douleur la place d'une sensibilité spéciale, que nous pouvons essayer de percer le mystère pathogénique de la douleur dans les maladies des nerfs périphériques.

CARACTÈRES CLINIQUES DE LA DOULEUR DANS LES AFFECTIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Une lésion atteignant un point quelconque de la voie sensitive périphérique est susceptible de créer la douleur.

I. DOULEUR ET TOPOGRAPHIE DE LA LÉSION. — La sensation est toujours reportée à la périphérie. On a cherché à préciser les caractères de la douleur suivant la localisation de la lésion : *lésions des terminaisons nerveuses périphériques* (nerfs cutanés, tumeurs glomiques), *algies tronculaires, plexalgies, algies funiculaires, radiculaires, ganglionnaires ou cellulaires*.

II. DOULEUR ET ÉTIOLOGIE DE LA LÉSION. — C'est la description des douleurs dans les *lésions traumatiques ou tumorales, les polyneuropathies* ou les affections à *virus neurotrope*, altérant les voies sensitives périphériques.

(1) Par suite d'une erreur matérielle, ce rapport est à intercaler dans le Compte rendu de la XVI^e Réunion neurologique internationale, à la page 361 du numéro de juillet 1937, des *Annales Médico-psychologiques*, entre le rapport de M. Raymond Garcin et le rapport de M. Ayala.

Plus importantes sont les *névralgies* : a) des nerfs rachidiens avec les *myalgies* et les *cellulalgies*, b) des nerfs crâniens avec les *névralgies faciales*, les *sympathalgies*, les *névralgies du glosso-pharyngien* et du ganglion *géniculé*.

III. LES SYNDROMES DOULOUREUX COMPLEXES. — La complexité est le fait : a) de l'extension des troubles douloureux : *névrite ascendante* et *algie diffuse*, b) de l'association des *troubles réflexes* (douleur et syndrome physiopathiques), de *troubles vasculaires* (syndrome neuro-vasculaire) de *troubles sympathiques* (causalgies et algies sympathiques).

Il faut faire une place enfin aux divers types de *douleurs des moignons d'amputation*.

DOCUMENTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES CONCERNANT LA DOULEUR DANS LES AFFECTIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Il faut s'efforcer de faire l'anatomie pathologique de la douleur :

Dans l'étude des altérations du *récepteur périphérique*, il faut retenir les cicatrices et les greffes cutanées : les modifications circulatoires cutanées, les altérations et les tumeurs glomiques. Les altérations des *troncs et ramuscules nerveux* sont illustrées par les *névromes de régénération* ; les lésions des *polynévrites* sont peu précises à ce point de vue ; celles des *névralgies* sont à voir sous l'angle des lésions cellulagiques.

Les lésions des *syndromes de douleurs complexes* posent le problème des altérations du *sympathique* qui devraient être recherchées systématiquement. Il faudrait comparer les lésions douloureuses à celles réalisées sur la fibre nerveuse *par les anesthésiques* et les toxiques électifs, mais pour cela il faudrait avoir plus de précisions sur la cytologie des fibres nerveuses sensitives.

LES FAITS EXPÉRIMENTAUX : SECTIONS NERVEUSES, INFILTRATIONS ANESTHÉSIANTES

Certaines interventions chirurgicales réalisent une véritable expérimentation chez l'homme.

a) *Interventions sur les troncs nerveux cérébrospinaux*. — La *section chirurgicale* ou *physiologique* par les *anesthésiques*, de la voie sensitive cérébrospinale devrait supprimer la douleur. Mais le problème est plus complexe, les interventions portant sur les troncs nerveux périphériques peuvent rester inefficaces contre la douleur dont la cause est pourtant une atteinte de ce nerf.

L'infiltration anesthésique des *névromes* ou de la zone d'excitation nous montre des faits paradoxaux.

b) *Interventions portant sur les voies sympathiques*. — Elles peuvent faire disparaître la douleur non seulement quand une participation sympathique est probable, mais de façon paradoxale, quand le système cérébrospinal seul paraît en cause.

VALEUR SÉMIOLOGIQUE DE LA DOULEUR DANS LES MALADIES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

1° *Des modifications à apporter dans l'examen pour donner à la douleur toute sa valeur sémiologique.*

a) Dans l'*interrogatoire* des algiques, écouter le malade, chercher la précision dans le temps, la topographie, l'étude du stimulus.

b) Dans l'*examen*, regarder les algiques, étudier les moyens de déclencher les crises et la zone d'excitation.

c) L'étude des *signes objectifs* de la douleur avec les recherches physiques modernes : chronaxie sensitive, courant d'action.

2° *Des divers types de douleur individualisés par la clinique* : Il ne semble pas que sur la seule tonalité de la douleur nous puissions faire un diagnostic étiologique et topographique. Mais il faut opposer la *douleur de type cérébro-spinal* et la *douleur sympathique*. Il serait intéressant de préciser les caractères des algies cellulaires ou synaptiques.

ESSAI PATHOGÉNIQUE SUR LA DOULEUR DANS LES MALADIES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

A côté des expériences faites sur l'animal pour étudier la douleur, il faudrait faire une place aux renseignements donnés par la méthode anatomo-clinique et par la véritable expérimentation que réalisent les sections nerveuses et les infiltrations anesthésiantes.

1° *Le problème du sens de la douleur*. — Les documents anatomo-cliniques et physiopathologiques recueillis en étudiant les maladies des nerfs périphériques ne donnent pas d'arguments en faveur du sens dolorifique ayant ses voies propres au moins au niveau des récepteurs et des nerfs périphériques.

2° *Les caractères des lésions dolorifiques des voies cérébro-spinales*. — Souvent ce sont les lésions les plus minimes qui sont les plus douloureuses. Leurs caractères sont plus irritatifs que destructeurs, c'est leur brusquerie plus que leur intensité qui intervient.

Les troubles circulatoires et vaso-moteurs jouent un rôle important dans la genèse de la douleur. Il serait utile de préciser la part prise par le synapse dans le mécanisme de la douleur.

3° *Le rôle du sympathique* est indiscutable, direct ou indirect, entretenant peut-être un tonus sensitif ; le *dérèglement sympathique* intervient dans la production de la douleur.

4° *Causes de l'évolution chronique et de l'extension des algies : la douleur par la douleur*. — Par une sorte de cercle vicieux qu'on retrouve dans les grands processus morbides, les scléroses notamment, la douleur s'entretient elle-même ; l'algie continue et extensive traduit de façon bruyante une perturbation en cycle fermé au niveau des appareils de la sensibilité.

Des facteurs hormonaux, humoraux, personnels règlent encore la tonalité de la douleur dans les maladies des nerfs périphériques.

M. LECONTE.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Physiologie des lobes frontaux, par Jean TITECA. *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Avril 1936, n° 4.

L'évolution du système nerveux des vertébrés permet phylogénétiquement et ontogénétiquement, avant toute étude physiologique, de dégager la signification fondamentale des lobes frontaux. Un rappel succinct et indispensable de nos connaissances sur ce point permet de voir que les fonctions motrices sont d'abord diffuses avant de se localiser à la région pré-rolandique. Après avoir défini et systématisé les différents types histologiques du cortex frontal, l'auteur individualise, d'après nos acquisitions les plus récentes, trois aires histologiquement et fonctionnellement distinctes. Ce sont : la zone motrice, la zone prémotrice et la zone préfrontale. Pour chacune de ces zones, la physiologie est traitée avec ordre et clarté. L'auteur insiste, au cours de leur étude sur les travaux de Bucy, en ce qui concerne la zone prémotrice, zone ayant sous sa dépendance des mouvements complexes et qui englobe les centres de l'agraphie, de l'aphasie motrice et le centre oculo-moteur frontal et sur les travaux de Jacobsen et Lasbley pour la zone préfrontale.

Les expériences les plus caractéristiques ont leur place dans la revue de M. Titeca, où la physio-pathologie humaine est également considérée. Une bibliographie portant sur les travaux les plus récents de ces dernières années termine cette vue d'ensemble de la physiologie des lobes frontaux, qui constitue la mise au point la plus récente des publications en langue française.

M. LECONTE.

Du tableau symptomatique du syndrome du lobe préfrontal, en tenant compte spécialement des troubles de l'équilibre (Über das Symptomenbild des Stirnhirnsyndroms unter spezieller Berücksichtigung der Störungen des Gleichgewichtes, par L. HALPERN (de Jérusalem). *Monatsschrift für Neurologie und Psychiatrie*, 94, 1-2, 1936.

Les troubles de l'équilibre des lésions préfrontales se groupent en deux syndromes qui répondent à des localisations différentes : un syndrome de

direction et un syndrome de tonus. Le syndrome de direction, exclusivement croisé, consiste en une atteinte des mouvements dans une direction déterminée ; il est dû à une lésion du champ frontal agrulaire et du champ intermédiaire (champs de 6 et 8 de Brodmann, FB et FC selon Economo et Koskinas). L'épilepsie frontale, la déviation forcée de la tête et des yeux, la faiblesse de la déviation, le nystagmus de fixation cortical, les troubles du nystagmus optokinétique, la déviation pendant la marche, font partie du syndrome de direction. Le syndrome du tonus ou des troubles de l'équilibre proprement dits se rattache aux lésions du pôle frontal, point de départ de la voie frontocérébelleuse (champs frontopolaire et frontoorbitaire, 10 et 47 de Brodmann, FE et FF d'Economo). Il est bilatéral, à prédominance croisée, et comprend : la déviation de la tête du côté opposé à la lésion, la déviation du bras croisé dans l'épreuve du tonus, le trouble de la sensation de pesanteur, des anomalies d'attitude de la jambe homolatérale, des phénomènes oscillatoires dans la station debout. L'exposé est appuyé par 7 observations de lésions traumatiques des lobes frontaux.

E. BAUER.

F. S. Gall et le problème des localisations cérébrales, par W. R. RIESE.
L'Hygiène mentale, n° 5, mai 1936.

La neurologie reflète, à l'insu de beaucoup, les conceptions philosophiques du siècle. Un attachement étroit à certaines idées philosophiques dont la neurologie s'est imprégnée, a mené à des impasses certains problèmes. L'anatomie est devenue, non pas une science descriptive, mais explicative. Aussi les conséquences en sont-elles lourdes et M. Riese, dans son intéressant article montre combien on a négligé l'étude d'autres méthodes et celle des fonctions dites supérieures et quelles sont les conséquences de cette erreur quant au rétrécissement de nos connaissances et de notre compréhension. La vie, l'œuvre de Gall, la méthode du fondateur de l'organologie sont retracées dans l'article de M. Riese en fonction du point de vue liminaire. La doctrine des facultés innées, la structure et la fonction sont envisagées sous un jour critique. La structure dynamique de la vie a échappé à Gall qui a voulu limiter dans l'espace des phénomènes tels que les phénomènes psychiques qui ne sont point d'ordre spatial.

M. LECONTE.

Le système neuro-végétatif dans les syndromes mentaux et son importance dans le problème des rapports entre émotions et psycho-névroses (Il interna neuro-végétativo nelle sindromi mentali e une importanza un problema dei rapporti fra emozioni e psico-nevrosi), par Giorgio GIORGI (Florence). *Rivista di Pato, nerv. e mentale*, p. 306 à 333, mars-avril 1936.

L'auteur a étudié par l'observation clinique et les épreuves pharmacodynamique « un certain nombre » de syndromes mentaux. Il a mis en évidence la très grande fréquence des états de dystonie végétative. Il tente de démontrer l'existence d'un parallélisme remarquable entre les états émotionnels et sinon toujours la sympathicotonie, tout au moins une amphotonie, troubles d'hypertonie neuro-végétative coïncidant avec les émotions pathologiques qui marquent l'évolution de certains troubles. Ses recherches

ont porté sur un nombre de cas qu'il ne nous a pas été possible de préciser, tous les résultats étant exposés sous forme de pourcentage.

Henri Ex.

Réflexes à la douleur et excitabilité neuro-végétative (Riflessi al dolore ed eccitabilità neuro-vegetativa), par Andrea ROMERO (Turin). *Rivista di Patol. nerv. e mentale*, p. 367 à 444, mars-avril 1936.

Après une revue générale des travaux sur le sympathique, l'auteur expose le résultat de ses recherches expérimentales portant notamment sur les réflexes algo-iridiens, algo-tensionnels et algo-sphygmiques. Le travail est abondamment illustré de tracés oscillographiques. L'ensemble de ses investigations et des épreuves pharmacodynamiques lui permettent de conclure que ces réflexes à mécanisme médullaire sont soumis à l'influence du diencéphale. La positivité et l'intensité de ces réflexes algiques sont en rapport avec le degré d'excitabilité du territoire sympathique soumis à l'examen. Les agents pharmacologiques influencent diversement les trois réflexes. Le mécanisme de ces réflexes suppose une excitation sympathique. L'auteur souligne l'intérêt, pour faire des recherches correctes sur l'excitation douloureuse, d'exercer des stimulations douloureuses dans le territoire du plexus cervico-brachial par pincement et torsion des parties molles sur les bords du trapèze. Enfin, il a établi que l'importance maxima du réflexe algo-tensionnel doit être attribuée à la valeur de la tension moyenne. Une longue bibliographie termine cette intéressante étude.

Henri Ex.

A propos de quelques acquisitions dans la connaissance des fonctions sensitives et de leurs troubles, par H. BRUNSCHWEILER (de Lausanne). *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

Nos conceptions sur la sensibilité sont en train de subir ou ont déjà subi des modifications profondes. L'opinion classique de la stricte spécialisation des éléments récepteurs, des voies de conduction, des centres, est battue en brèche en plusieurs points ; l'auteur signale ses propres recherches sur l'étape spinale de l'onde sensitive afférente, dont les résultats concordent avec les connaissances nouvelles. Le rôle du système neuro-végétatif dans la conduction de certaines sensibilités, la douleur surtout, et son influence sur l'excitabilité de l'appareil sensitif, sont précisés de plus en plus, comme d'ailleurs s'éclaircit peu à peu le problème des relations entre le système végétatif et le système cérébrospinal. Enfin, des acquisitions intéressantes ont été faites dans le domaine des fonctions sensitives corticales : modifications du seuil d'excitabilité en cas de lésions corticales, répartition des zones anesthésiques, localisations sensitives corticales. La sensibilité protopathique ne possède pas de localisations différentes pour ses différentes qualités, sa représentation corticale est diffuse et n'est pas uniquement cantonnée à la région pariétale, ses qualités se différencient déjà dans les étages inférieurs de l'échelle sensitive, telle que la conçoit v. Monakow. Quant aux sensibilités épicritiques, on ne peut reconnaître à la partie postérieure de l'écorce pariétale la valeur de localisations proprement dites, mais tout au plus celle d'une région de représentation, dans laquelle ces sensibilités sont vulnérables.

E. BAUER.

Sur des variétés particulières d'aphasie chez des polyglottes, par M. MIN-KOWSKI (de Zurich). *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

L'auteur rapporte quelques exemples d'aphasie faisant exception à la règle de Pitres. Il s'agit de Suisses allemands chez lesquels tantôt le dialecte local, langue coutumière, était atteint beaucoup plus que l'allemand littéraire, tantôt le français, langue étrangère, était conservé alors que la langue maternelle était atteinte ou abolie. Dans tous ces cas, l'enquête anamnétique permet de découvrir des facteurs affectifs, auxquels revient un rôle important, à côté des facteurs phasiques proprement dits, dans la systématisation de l'aphasie chez les polyglottes.

E. BAUER.

Le chant chez les aphasiques, les réflexes conditionnés et la rééducation du langage (Il canto negli afasici, i riflessi condizionati e la rieducazione del linguaggio), par F. BALDI (Sienne). *Rivista di Neurologia*, juin 1936.

L'auteur rapporte deux observations d'aphasiques syphilitiques qui pouvaient chanter des airs populaires ou des chansons connues. Un trait essentiel de ces observations réside dans le fait qu'un de ces aphasiques frappé depuis 16 ans pouvait chanter « Giovinezza », qu'il devait fatalement avoir appris depuis son attaque. Les paradoxes des troubles du langage, leur part affective incline l'auteur à abandonner les conceptions étroitement localisatrices de Kleist pour emprunter à Marinesco et Kreindler leurs vues sur les réflexes conditionnels et l'aphasie considérée comme un effondrement des réflexes conditionnés fondamentaux qui constituent le langage. L'importance de la part active du psychisme dans les reliquats mélodiques et verbaux et surtout dans les acquisitions possibles ne montre-t-elle pas que le trouble aphasique est lié à l'exercice subsistant des tendances instinctives capables de mobiliser des fonctions perturbées davantage dans leur jeu adaptatif que selon un découpage purement mécanique ? Sans aller jusqu'à cette conclusion, l'auteur y incline, semble-t-il, quand il préconise des exercices où l'excitation émotionnelle est utilisée pour regrouper les fragments d'un langage exclusivement cantatif.

Henri Ev.

De la pathogénie des crises oculogyres dans le parkinsonisme encéphalitique (Sulla patogenesi delle crisi oculogire nel parkinsonismo encefalitico), par Filippo CARDONA (Florence). *Rivista di Patol. nerv. e mentale*, p. 278 à 289, mars-avril 1936.

L'auteur passe en revue les diverses conceptions pathogéniques ou plutôt les diverses localisations anatomiques avancées par Marinesco et ses élèves (lésions striées) par Kolle, Fischer, Stren, Runger, etc.) (lésions mésencéphaliques) par Helsmoortel et van Bogaert (lésions strio-labyrinthiques), Benvenuti (lésions cortico-striées), Bing, Schwarz (lésions de paléostriatum), Falkiewicz et Rothfeld (lésions du néostriatum, Negro, Ewald, Bertolani (lésions des tubercules quadrijumeaux), Tinel et Baruk (lésions angiospasmiques des mésencéphales, etc.). Cardona rapporte deux observations personnelles avec examens histologiques détaillés révélant des altérations légères et diffuses. Il se range après vérification comparative d'un cas de confu-

sion, et d'un cas de mélancolie avec pneumonie à l'avis de Berlucci, qui a déclaré que l'on trouvait des lésions semblables chez des malades morts sans présenter de troubles extra-pyramidaux.

Henri Ey.

Des altérations de l'instinct sexuel dans les formes tardives de l'encéphalite épidémique (Sulla alterazioni dell'istinto sessuale nelle forme tardive della encefalite epidemica), par Giovanni De NIGRIS (Volterra). *Neopsichiatria*, p. 200 à 211, mars-avril 1936.

Statistique portant sur 270 cas d'encéphalite épidémique tardive, assez peu opportunément divisés en 4 classes selon les services où ils ont été observés. Dans 72 % des cas, il existait des troubles de l'activité sexuelle excessive, diminuée ou perturbée. Les troubles par excès sont les plus fréquents. L'auteur croit que ces troubles manifestent l'atteinte d'un centre supérieur de la sexualité qui siègeait dans le lobe frontal.

Henri Ey.

Sur les formes dites « tardissimes » de l'encéphalite épidémique (Sulle così dette « forme tardissima » di encefalite epidemica), par Bruno SPAGNOLI (Gênes). *Il Cervello*, p. 137 à 150, mai 1936.

Cinq observations de longs intervalles entre l'atteinte primitive et la rechute (15 ans, 17 ans, 9 ans, 9 ans, 14 ans).

Henri Ey.

Troubles somatopsychiques post-encéphalitiques prenant l'allure de syndromes épiphysaires, par M. SCHÄCHTER (de Bucarest). *Journal de Psychiatrie infantile*. III, fasc. 2, 1936, Benno Schwabe, édit., Bâle.

L'auteur communique une observation de macrogénitosomie précoce, survenue chez un enfant après une affection encéphalitique à l'âge d'un an et demi. Ce cas s'ajoute à ceux déjà publiés, qui plaident en faveur de la nature nerveuse et non glandulaire du syndrome de Pellizzi.

E. BAUER.

Le problème obstétrical du mongolisme infantile, par M. PÉHU et A. BROCHIER (de Lyon). *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 7 juillet 1936.

Bien connu cliniquement, l'origine première du mongolisme reste à déterminer. Parmi les facteurs étiologiques possibles, les altérations du germe ne paraissent pas en cause. Les tares diverses, dont la syphilis au rôle si discuté, ne semblent pas entraîner une fréquence particulière. La notion de l'âge de la mère est plus importante. Quant à la théorie récessive, on peut la rejeter. L'accouchement et ses traumatismes ne jouent aucun rôle. Par contre, il en va différemment du facteur mécanique par altérations amniotiques au cours de la grossesse. Par les troubles de compression et les troubles circulatoires qu'elles déterminent, elles rendent compte de tous les symptômes de l'affection.

M. LECONTE.

La neuro-psychiatrie et neuro-psychologie infantiles. Buts et moyens, par Gilbert ROBIN. *L'évolution psychiatrique*, fascicule II, 1936.

Tout retardé scolaire n'est pas forcément un arriéré. En dehors des causes facilement décelables (tel que déficit sensoriel), l'auteur recherche l'origine profonde des manifestations baptisées paresse, inattention, distraction. Elles peuvent correspondre à des désordres organiques, ce qui permet d'appliquer une thérapeutique efficace.

M. LECONTE.

Les troubles de la parole dans leurs rapports avec les troubles de la motricité, par M^{me} Hélène KOPP. *L'Évolution Psychiatrique*, fascicule 2, année 1936.

L'auteur tente un rapprochement entre les deux grands troubles de la parole : sigmatisme et bégaiement, qui présentent tous deux à leur base une déviation du développement du système moteur. S'appuyant sur l'étude minutieuse d'une soixantaine de cas observés à la clinique du D^r Heuyer, l'auteur, à l'aide de tableaux synoptiques, donne un résumé succinct pour chaque enfant, de l'examen moteur, mental, neurologique, ainsi que l'étude des antécédents héréditaires et personnels.

Le *sigmatisme* est habituellement attribué à des anomalies diverses (linguales, palatines, dentaires), empêchant l'occlusion linguo-alvéolaire bilatérale. Mais ces causes ne sont ni suffisantes (grosses déformations coïncidant avec une articulation correcte), ni constantes (sigmatisme rebelle sans déformation appréciable). L'examen montre la fréquence des troubles de la motricité, l'âge moteur étant presque toujours en retard de plusieurs années sur l'âge réel : l'intégrité de l'intelligence, la fréquence des antécédents héréditaires pathologiques.

Le *bégaiement* qui débute vers 2 ou 3 ans, coïncide fréquemment avec le sigmatisme. Les bégues ont généralement une intelligence normale, des antécédents héréditaires chargés, des troubles fréquents du premier développement. Bien que paraissant, dans l'ensemble, mieux doués au point de vue moteur que les sigmates, ils présentent néanmoins des insuffisances motrices qui permettent d'apparenter les deux grands troubles de la parole.

M. LECONTE.

Contribution à l'étude des troubles de la psycho-motricité chez l'enfant, tics et mauvaises habitudes, par M. SCHÄCHTER (Bucarest). *Il Cervello*, p. 151 à 170, mars 1936.

Ce travail, publié en français, étudie quelques aspects de la psycho-motricité infantile :: le sucement des doigts, le spasme nutans, l'oncophagie, la bradyphagie. A propos de chacune de ces « mauvaises habitudes » ou de ces tics, on trouvera quelques observations ou références. A noter spécialement le paragraphe que l'auteur consacre au « spasme nutans ».

Henri Ey.

Le syndrome de la jactation chez les enfants (die Jaktatio bei Kindern), par K. MUSTAFA. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 4, 1936.

Le syndrome de la jactation est caractérisé par des mouvements rythmiques, amples, uniformes de la tête et du corps, se produisant surtout pen-

dant le sommeil, parfois aussi à l'état de veille. Il débute en très bas âge et peut durer jusqu'à la puberté. Il n'est pas de même nature que les hyperkinésies telles que les spasmes nutans et rotatoire, ainsi que les tics. L'auteur précise la description clinique, grâce à 40 observations, et met en relief les facteurs psychologiques qui interviennent dans la genèse de ce trouble : constitution psychasthénique, facteurs de milieu et d'éducation. Ces notions lui ont inspiré des procédés thérapeutiques qui se sont souvent montrés efficaces.

E. BAUER.

Vocation, instinct et structure corporelle (Beruf, Trieb und Körperbau), par D. BARGLOWSKI (de Marbourg). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1934, Tome 150, p. 122 à 145.

Cette étude porte sur 616 sujets. En ce qui concerne les relations de la morphologie et de la vocation, pour les professions qui exigent une grande puissance physique les athlétiques sont les plus nombreux. Tandis que les leptosomes asthéniques sont les plus rares et que les leptosomes robustes sont en nombre moyen. Les proportions sont renversées pour les professions qui n'exigent pas de force physique ; les pykniques représentent le plus grand nombre de « débrouillards », les athlétiques sont les moins doués pour trouver une situation ; les difficultés professionnelles sont plus fréquentes chez les athlétiques et les leptosomes. En ce qui concerne la morphologie et l'instinct sexuel, les leptosomes et les athlétiques seraient assez faibles ; les pykniques seraient plus précoces dans leur activité sexuelle mais les athlétiques se marieraient plus rapidement et feraient de « bons maris ». Pour les femmes, les pykniques sont plus précocement réglées que les athlétiques et celles-ci plus tôt que les leptosomes. Les variations anormales de la vie sexuelle et de la menstruation se voient davantage chez les athlétiques que chez les pykniques. C'est dans le service du Professeur Kretschmer qu'a été fait ce consciencieux travail à la gloire, peut-on dire, de la « pyknicité ».

Henri Ey.

La psychologie expérimentale et les types constitutionnels de Kretschmer (Die experimentelle Psychologie und Kretschmers Konstitutions typen), par J. P. BRAAT (d'Eindhoven). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 94, 4, 1936.

Les recherches de l'auteur ont porté sur le champ de conscience, la vision des formes et des couleurs, la vitesse de réaction psychomotrice. Le champ de conscience est plus étendu chez les pyéniques que chez les leptosomes ; la vision des couleurs prédomine chez les pyéniques, celle des formes chez les leptosomes. Le rendement des sujets malades, qu'il s'agisse des schizophrènes ou des maniaques-dépressifs, est inférieur à celui des sujets sains. Mais en cas de discordance entre la psychose et le type morphologique (schizophrènes pyéniques et maniaques-dépressifs leptosomes), c'est ce dernier qui détermine exclusivement le mode de réaction aux épreuves sur le champ de conscience et sur la vision des formes et des couleurs, alors que la nature de la psychose n'exerce une certaine influence que sur la vitesse psychomotrice. Les résultats sont en contradiction avec la théorie de Kretschmer qui considère les psychoses schizophréniques et cyclophréniques comme de simples exagérations d'états constitutionnels.

E. BAUER.

Contribution à l'étude expérimentale de la perception visuelle chez les aliénés, par L. JONASIU, C. LONGU, S. IOSIF et S. CUPCEA. *Bulletin de l'Hôpital des Maladies mentales et nerveuses*, Sibiu (Roumanie), p. 28-35, 1935.

Le tachistoscope expose 4 séries d'images : points noirs, figures, points colorés, lettres et mots. Les auteurs notent l'analogie des réponses obtenues avec celles du test de Rorschach. Les démences montrent un déficit total ; les délires une baisse de la vision correcte des figures et des dessins ; les psychonévroses fournissent d'excellentes réponses et les états maniaco-dépressifs présentent un déficit marqué pour les figures par rapport aux couleurs.

P. CARRETTE.

Les symptômes d'alarme de la fatigue nerveuse, par L. MARCHAND. *Le Concours Médical*, 21 juin 1936.

C'est le médecin non spécialisé qui est le plus souvent mis en présence des signes initiaux des psychopathies. Il est indispensable qu'il en puisse mesurer l'importance. M. Marchand les énumère et les décrit. Il signale notamment la lassitude matinale, l'impression de vide cérébral et de lourdeur de la tête, l'insomnie, le mentisme créateur d'inquiétudes. Toutes ces manifestations doivent être pressenties par le médecin pour sauver le malade de l'anxiété, dicter la conduite de l'entourage et gagner la confiance de sujets tout naturellement tourmentés par la crainte d'une maladie grave et l'incompréhension ambiante.

P. CARRETTE.

PSYCHANALYSE

L'essence et les possibilités thérapeutiques de la psychanalyse, par le professeur agrégé G. BYCHOWSKI. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 17 du 7 mai 1936.

Avec l'évolution des conceptions sur la genèse des psychonévroses, la théorie des grands traumatismes psychiques a cédé devant le « calcul différentiel » des petites perceptions traumatisantes de Leibnitz. La thérapeutique psychanalytique a subi une évolution parallèle. L'auteur insiste sur l'importance d'une analyse subtile du phénomène du transfert et de la résistance. Le succès thérapeutique de la psychanalyse réside dans le katharsis successif et continu, dans la mise en lumière de la conscience et des tendances refoulées et enfin dans la possibilité donnée au malade de revivre ses conflits dans l'analyse du phénomène de transfert et de résistance.

FRIBOURG-BLANC.

Révision à l'aide d'une conception de psychologie structurale, de la notion de sexualité infantile (Strukturpsychologische Korrektur am Begriffe der infantilen Sexualität), par E. HARMS (de Baltimore), *Journal de Psychiatrie infantile*, III, 3, 1936.

Rejetant la théorie pansexualiste de Freud qui tend à subordonner toutes les manifestations vitales à l'instinct sexuel, l'auteur développe une

théorie pluraliste appuyée sur une conception humanobiologique, structurale et ontologique, de la psychologie. Cette théorie admet l'autonomie des principaux instincts et facteurs vitaux et les divise en trois groupes ; biologique-sexuel, neurologique-sensitif, psychique-conscient. Chacun de ces groupes se développe indépendamment jusqu'à sa maturité, maturité signifiant le pouvoir d'entrer en action et de se répercuter dans la vie individuelle et sociale du sujet. L'âge de maturité est de 12 à 14 ans pour le complexe biologique-sexuel, de 6 à 8 ans pour le complexe neurologique-sensitif, de 3 à 4 ans pour le complexe psychique-conscient ; ce sont les âges critiques de l'enfance. Les manifestations considérées à tort par l'école de Freud comme les expressions d'une sexualité infantile, prépubérale, sont en réalité sous la dépendance des autres facteurs. Or, l'erreur qui consiste à attribuer à la sexualité un rôle prépondérant dans le psychisme du jeune enfant, fait commettre des fautes d'éducation très préjudiciables à celui-ci.

E. BAUER.

PSYCHOLOGIE

Un test pour l'examen des goûts des enfants et des adultes, par le Dr Th.-F. BAUMGARTEN. *Le travail humain*, T. III, n° 3, 1935.

On remet au sujet 438 titres de livres sous l'aspect d'un catalogue. Ces livres appartiennent à 18 catégories : 1° Aspects de la nature (plantes et animaux) ; 2° Géographie ; 3° Vie des champs ; 4° Technique et inventeurs, etc. L'ordre n'est bien entendu pas celui des groupes auxquels les livres appartiennent. Le sujet doit marquer les livres qui l'intéressent. « Un bon fils... Perfection précoce... Les montagnes de la Suisse..., etc... »

Tel ne choisit que dans un domaine ; tel dans plusieurs. Les filles montreraient à cet égard une plus grande dispersion que les garçons. Les enfants les plus intelligents seraient les moins dispersés.

L'intérêt principal des garçons est centrifuge, celui des filles est centripète (c'est-à-dire davantage en liaison avec la famille et la société).

Th. SIMON.

Dynamisme de la parole écrite, parlée et pensée (Dinamismo della parola scritta, parlata e pensata), par Amédéo RICCI (Naples). *Il Cervello*, p. 181 à 196, juillet 1936.

Travail expérimental exécuté à l'aide de l'appareil de Colucci, destiné à inscrire les mouvements de l'écriture. L'auteur a cherché les différences qui pouvaient se traduire dans les divers cas d'écriture spontanée, dictée ou copiée.

Henri EX.

ANATOMIE

Recherches anatomo-expérimentales sur les connexions thalamo-corticales, par A. DE HAENE. Extrait de « *La Cellule* », T. XLIV, p. 3, Louvain, 1936.

Travail de la Clinique Psychiatrique de l'Université de Louvain, laboratoire du Prof. d'Hollander, ayant pour but d'étudier les relations corticipètes

des différents noyaux thalamiques. L'auteur a opéré sur le lapin adulte. Les lésions de l'écorce furent provoquées par l'électrolyse et limitées autant que possible aux diverses aires que Brodmann a décrites chez cet animal. On peut résumer ainsi les conclusions des douze expériences décrites par M. A. de Haene.

Les relations corticipètes des différents noyaux thalamiques avec les aires de Brodmann se répartissent comme suit : 1° les noyaux antérieurs pourraient avoir des relations avec le cortex occipital ou pariétal ; 2° le noyau médial n'a pas dégénéré dans les diverses expériences ; 3° les noyaux ventraux, le noyau latéral, le noyau magno-cellulaire, le corps genouillé externe, le noyau réticulé dorsal, le corps genouillé externe, le noyau réticulé dorsal, le corps genouillé interne, ont des relations corticipètes très systématisées. Chaque aire corticale a presque son noyau de projection. Le noyau postérieur n'a pas de relations corticipètes. Ainsi, en se mettant dans des circonstances d'expérimentation bien déterminées, l'auteur est parvenu à détailler les relations thalamo-corticales, voire même à les systématiser, tout en reconnaissant que cette systématisation n'est pas aussi poussée que celle qui existe pour les voies cortico-thalamiques. Cinq belles planches, sur lesquelles sont indiquées à la fois les lésions corticales expérimentales et les zones dégénérées dans le thalamus, complètent ce travail qui apporte une contribution importante au problème du point d'origine et d'aboutissement des fibres thalamo-corticales.

L. MARCHAND.

Nouvelles recherches sur les cellules nerveuses du corps strié (Nuove ricerche nelle cellule nervose del corpo striato), par Carlo BERLUCCHI (Pavie). *Rivista di Pato. nerv. e mentale*, p. 289 à 305, mars-avril 1935.

Berlucchi revenant sur son travail de 1931 décrit encore des lésions du striatum chez des hommes morts sans atteinte nerveuse et chez divers mammifères. Chez les animaux, les cellules du corps strié, étudiées par la méthode de Nissl, présentent des modifications moins fréquentes et moins graves que celles que l'on rencontre chez l'homme, mais elles sont semblables. Par des méthodes neuro-fibrillaires, il a mis en évidence, d'autre part, dans les grosses cellules du néostriatum, des fibrilles courtes formant un réseau et dans les cellules du pallidum des fibrilles longues à disposition fasciculée (cf. à la fin du tome, les microphotographies en couleurs). Berlucchi ne retient pas l'hypothèse de modifications post-mortum expliquant les altérations observées en dehors de toute symptomatologie nerveuse. Il lui paraît résulter de ses expériences chez les mammifères qu'elles sont dues à des phénomènes toxiques vis-à-vis desquels les éléments chromophiles offrent une résistance minima. L'appareil réticulé paraît au contraire plus résistant.

Henri Ey.

Etude de deux cas d'absence du corps calleux dans le cerveau humain (Ueber zwei Fälle von Balkenlosigkeit am menschlichen Gehirn), par A. REGIERER. *Ar hives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 2 et XXXVII, 1, 1936.

Les recherches de l'auteur, faites à l'Institut von Monakow, de Zurich, portent principalement sur la pathogénie de l'agénésie du corps calleux, dans

les deux cas. Il semble qu'elle soit due à l'atrophie du toit du 3^e ventricule et d'une partie de la lame terminale, par suite d'un trouble de développement accompagné d'hydrocéphalie interne. Le développement des faisceaux calleux longitudinaux est également discuté ; ils jouent un rôle de suppléance important chez les sujets atteints d'agénésie du corps calleux. D'ailleurs beaucoup de troubles : psychiques, spasmo-paralytiques, épileptiformes, etc., observés chez ces sujets, ne sont pas d'origine calleuse proprement dite, mais dus à des lésions associées telles que microcéphalie et microgyrie.

E. BAUER.

Un fœtus microcéphale sans yeux, ni nez, avec importante aplasie du cerveau antérieur, du cervelet, de l'oreille interne et des glandes endocrines (Ein mikrocephale Fetus ohne Augen und Nase mit schweren Defekten des Vorderhirns, Kleinhirns, inneren Ohres und der endokrinen Drüsen), par Georg ILBERG (Dresde). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1936, Tome 154, p. 1 à 17.

Une jeune femme de 21 ans a accouché au 7^e mois de sa grossesse (hydramnios) d'un fœtus mort de sexe féminin d'une longueur de 31 cm., présentant les caractères d'un monstre. Microcéphalie. Malformations de la base du crâne, défaut d'oreille interne. Tout le cerveau et le cervelet manquent. Au défaut de cerveau intermédiaire correspond l'aplasie oculaire complète. La mère est issue d'une famille particulièrement tarée. Minutieuse étude histologique de ce cas, dont l'aspect macroscopique saisissant est bien rendu par deux photographies.

Henri Ey.

Etude de deux cas d'anophtalmie congénitale, compte tenu en particulier des voies optiques centrales (Ueber zwei Fälle von Anophtalmus congenitus mit besonderer Berücksichtigung der zentralen optischen Bahnen), par F. E. FINKELSTEIN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 1, 1936.

Il s'agit de deux cas isolés, non familiaux, d'anophtalmie ; dans l'un, l'examen anatomopathologique a révélé des lésions syphilitiques indiscutables, dans l'autre, compliqué de bec-de-lièvre et gueule de loup, on n'a noté que l'hérédité alcoolique. Mais l'auteur estime que la production d'anomalies tératologiques aussi graves nécessite l'intervention des facteurs pathogéniques complexes ; anomalie primitive des germes, blastophtorie, infection fœtale, tares héréditaires associées, et il signale en particulier ce détail que dans les deux cas il s'agissait d'enfants premiers-nés du second lit. L'examen histopathologique des voies optiques centrales a permis de constater les anomalies essentielles suivantes : la structure caractéristique des corps genouillés externes est absente ; les éléments cellulaires, normaux au point de vue morphologique, sont intimement mélangés avec parfois tendance à se grouper en petits îlots ; l'écorce visuelle, au niveau de la scissure calcarine, a conservé la structure fondamentale en six couches, semblable à celle de la face externe de l'hémisphère !

E. BAUER.

Localisation du faisceau de la macula dans les radiations optiques (Zur Lokalisation der Maculafaserung innerhalb der Sehstrahlung), par Adolf JUBA. *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1936, Tome 154, p. 123 à 131.

L'auteur, qui a contribué à la localisation maculaire dans le corps genouillé externe à propos d'un ramollissement occipital et des lésions dégénératives suivies jusqu'au corps genouillé, montre que les fibres conduisant les impressions de la vision centrale correspondent à une zone de dégénérescence striée dans le stratus sagittal externe, à la partie ventrale de son pédoncule vertical et qui peut être suivie jusqu'à son redressement horizontal (figure 3). Cette constatation s'oppose à l'opinion de Pfeifer et confirme la conception de Rönne et Putnam d'après qui les faisceaux maculaires ne se trouveraient pas dans le secteur le plus dorsal mais dans la portion moyenne des radiations optiques. Bibliographie.

Henri Ex.

La terminaison réelle de la racine interne du tractus optique (La reale terminazione della radica interna del tratto ottico), par Giovanni BRUGI (Sienne). *Neopsichiatria*, p. 414 à 429, novembre-décembre 1935.

La bandelette optique, contrairement à ce que l'on pense généralement, n'a aucune connexion réelle avec le corps genouillé interne. Ses racines s'épuisent dans le corps genouillé externe, même les fibres de sa portion interne qui, en apparence, vont dans le corps genouillé interne.

Henri Ex.

De l'atteinte des cellules radiculaires antérieures de la moëlle dans les polynévrites (Sulle alterazioni delle cellule radiculari anteriori del midollo spinale nelle polinevriti), par Francesco VIZIOLI (Naples). *Rivista di Neurologia*, p. 81 à 87, avril 1936.

A l'occasion du travail de Marchand et Courtois sur la psychose de Korsakoff des alcooliques, l'auteur revient sur son précédent travail, fait en collaboration avec Gozzano (*Encéphale*, 1932), et attribue aux différences de méthodes (imprégnation argentique et non pas comme lui méthode de Donaggio), le fait que les auteurs français n'ont pas rencontré la résistance du réseau neuro-fibrillaire.

Henri Ex.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la psychose hallucinatoire chronique, par Ch. LADAME et F. MOREL (de Genève). *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

Les auteurs ont fait l'examen anatomopathologique de vingt cas de psychose hallucinatoire chronique, non compliqués d'évolution cyclique ni de syndrome catatonique, exempts de syphilis. Les résultats peuvent être résumés de la manière suivante : ni plaques séniles, ni lésions du type d'Alzheimer chez les sujets âgés de plus de 70 ans, pas de lésions appréciables de la névroglie ; du côté des cellules nerveuses, disparition ou sclérose par petits groupes, de cellules notamment de la 3^e et de la 5^e couche, sans rapport avec les vaisseaux et sans réaction névroglie envahissante ; du côté de la myéline plaques de démyélinisation dans l'axe blanc de la

circonvolution, pauvreté des gaines de myéline tangentielles, inégalité de calibre et de coloration des gaines de myéline radiées de l'écorce ; enfin avec les méthodes microgliales, amas sphériques très denses, dans la substance blanche exclusivement. Ces lésions paraissent relever « d'un processus dégénératif, différent de la démence sénile et de la maladie d'Alzheimer et paraissant affecter l'écorce cérébrale par petits groupes cellulaires discontinus ».

E. BAUER.

BIOLOGIE

Nouvelles acquisitions des recherches dans le domaine de la théorie du neurone (Neuere Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Neuronenlehre), par E. NIESSL VON MAYENDORF. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 93, 5, 1936.

L'auteur rappelle les découvertes modernes concernant la conductibilité et les phénomènes de dégénérescence wallérienne dans le domaine des neurones sensitifs centraux. Elles tendent à faire considérer comme unité trophique et fonctionnelle, non le neurone, mais la chaîne neuronale conductrice, dont les segments paraissent être étroitement reliés entre eux.

E. BAUER.

L'Humanisme et la Biologie, par E. TOULOUSE (*La Prophylaxie Mentale*, 10^e année, n° 41, p. 33, avril-décembre 1935).

Un nouvel humanisme peut et doit naître des disciplines scientifiques et du corps de doctrine qui dirigent les études des biologistes et des psychiatres, et nous doivent conduire à la compréhension de la personne totale, intellectuelle et physique. Aux systèmes sociaux fondés autrefois sur l'étude des phénomènes mécaniques ou économiques, il paraît rationnel de préférer celui qui se fonderait sur « la connaissance biologique — c'est-à-dire intégrale — de l'homme ».

J. DELMOND.

Recherches concernant l'influence de la suggestion hypnotique sur les fonctions végétatives (Untersuchungen über die Einwirkungen der hypnotischen Suggestion auf die Funktionen des vegetativen Systems), par Henry MARCUS et E. SAHLGREN avec la collaboration de Folke KIMMARK. *Acta psychiatrica et neurologica*, XI, 1, 1936.

Les auteurs communiquent les effets d'inhibition, obtenus grâce à la suggestion hypnotique, sur des phénomènes divers : réaction allergique après injection d'extrait de linoléum ou d'extrait de pollen, réaction à la tuberculine, dermatographisme, péristaltisme intestinal (contrôle radioscopique), menstruation. Dans tous ces cas, la suspension, l'atténuation, parfois aussi l'exagération ont été obtenues. Il y a eu aussi des résultats négatifs, par exemple la suggestion hypnotique a été sans influence sur l'hyperthermie consécutive aux injections de soufre.

E. BAUER.

Sur la catatonie coli-bacillaire. Recherches expérimentales (Sulla così detta catatonìa coli-bacillare : ricerche sperimentali), par Umberto POPPI (Bari). *Rivista di Neurologia*, Février 1936, p. 1, à 49.

Les recherches expérimentales sur la catatonie par la bulbo-capnine (de Jong et Baruk) ont ouvert une nouvelle phase de l'histoire de la psychiatrie clinique. L'origine toxique de la catatonie humaine paraît établie. L'importance de l'action neurotrope du bactérium coli avait été entrevue par un certain nombre de médecins mais c'est aux travaux de Baruk sur ce point que revient le mérite d'avoir révélé l'importance de cette infection dans le déterminisme de la catatonie. Les expériences de Poppi ont été faites à l'aide de la toxine coli-bacillaire préparée selon la technique de H. Vincent et ont été pratiquées sur le lapin, le chat et le chien. Il résulte de ces recherches que les inoculations produisent un syndrome caractérisé par l'immobilité, la stupeur, le négativisme actif et passif, une catalepsie globale et segmentaire des hyperkinésies et des troubles végétatifs (sommolence et vomissements). En ce qui concerne l'étude comparée de l'action de la bulbo-capnine et de la neurotoxine colibacillaire, la première réalise des phénomènes cataleptiques plus nets. Ceci est à rapprocher des expériences de l'auteur sur l'influence de la bulbo-capnine sur le muscle isolé. Dans la catatonie colibacillaire il ne s'agit pas d'une inertie motrice pure et simple avec plasticité musculaire. Il existe dans les muscles au repos des courants d'action de fréquence caractéristique du tétanos physiologique (rythme de Piper). Six électro-myogrammes reproduits dans le travail illustrent ce fait. Il semble que la catatonie colibacillaire soit plus près de la catatonie humaine que de la catatonie bulbo-capninique. — Bibliographie.

Henri Ey.

Nouvelles recherches expérimentales sur l'action cérébrale de l'insuline (Weitere experimentelle Untersuchungen über die cerebrale Wirkung des Insulines), par A. STIEF et L. IOKAY (Szeged). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 153, p. 561 à 572.

Recherches expérimentales (voie sous-cutanée, sous-occipitale et intracérébrale) sur l'action de l'insuline sur les centres nerveux du chien (16 animaux) avec contrôle histologique. Les manifestations cliniques et l'intensité des lésions histologiques ont été parallèles. L'insuline a une action vasculaire cérébrale.

Henri Ey.

La chloruro-cristallisation dans les maladies mentales non syphilitiques, par P. TOMESCO, I. COSMULESCO et Mlle F. SERBAN. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

Poursuivant leurs recherches, après l'étude de la chloruro-cristallisation dans les liquides céphalo-rachidiens de malades non mentaux, puis paralytiques généraux, les auteurs publient les résultats obtenus après examen de plus de deux cents liquides céphalo-rachidiens chez des malades où toute tare syphilitique était absente.

La chloruro-cristallisation était tantôt normale, tantôt anormale, selon

les cas. Il s'agit d'une réaction plus nuancée que des réactions classiques, elle complète les données de celles-ci et permet de discerner si un trouble mental répond à un facteur constitutionnel, à une simple modification fonctionnelle ou à une perturbation organiquement réactionnelle.

M. LECONTE.

La chloruro-cristallisation dans la paralysie générale. Les aspects pathologiques de cette propriété du liquide céphalo-rachidien, par P. TOMESCO, I. COSMULESCO, et Mlle F. SERBAN. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

En s'appuyant sur l'étude d'une centaine de liquides céphalo-rachidiens de paralytiques généraux, les auteurs montrent les différences de leur réaction avec les liquides normaux. Ils distinguent deux types différents : l'un, pathologique, l'autre, mixte, et en indiquent les caractéristiques. Un tableau synoptique montre qu'il n'y a point de parallélisme parfait entre leur réaction et les réactions classiques et que le déterminisme de la chloruro-cristallisation est autre que celui des autres réactions.

M. LECONTE.

Une propriété inconnue du liquide céphalo-rachidien : la chloruro-cristallisation. Ses aspects normaux, par P. TOMESCO, I. COSMULESCO et Mlle F. SERBAN. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

Les auteurs ont montré que le liquide céphalo-rachidien dilué à certains taux dans de l'eau physiologique chloruro-sodique détermine une disposition spéciale des cristaux de chlorure de sodium obtenus sur des gouttes desséchées à 75°. C'est la chloruro-cristallisation. Ayant répété ces examens sur une trentaine de cas de malades non mentaux, ils exposent la technique et les résultats de leurs intéressantes recherches dans des conditions normales.

M. LECONTE.

Recherches sur l'alcoolisation expérimentale. Concentration en alcool du sang et du liquide céphalo-rachidien, par P. TOMESCO et Alf. DIMOLESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

Exposés de la technique et des résultats obtenus chez l'homme sain, chez l'animal et chez des malades atteints de pellagre ou d'alcoolisme chronique.

L'élimination de l'alcool, du sang et du liquide céphalo-rachidien est plus rapide chez l'alcoolique chronique et le sujet atteint de pellagre. Cependant, fait en contradiction avec certains, la concentration de l'alcool dans le sang est supérieure chez les buveurs. Peut-être peut-on dire que la barrière méningée et gastrique oppose moins de résistance à l'alcool chez ces malades.

Dans les premières heures, l'alcool prédomine dans le sang et la substance nerveuse. Il s'égale dans les autres organes ensuite. La concentration dans le sang est toujours supérieure à celle du liquide céphalo-rachidien. Les éliminations se font parallèlement et dans le même temps.

M. LECONTE.

La réaction de Taccone et la réaction de Gorriz-Martinez dans le liquide céphalo-rachidien (La reazione di Taccone et le reazione di Gorriz-Martinez nel liquido-cefalo-rachidiano), par Pasquala COPPOLA (Naples). *Rivista di Neurologia*, p. 115 à 132, avril 1936.

De l'étude comparée de la réaction de Laccone au bichromate de potasse et de celle de Gorriz-Martinez ou réaction albuminoïde de superposition (R.A.S.), l'auteur qui les a appliquées à 80 cas, neurologiques et psychiatriques, conclut que la réaction de Gorriz-Martinez est d'une extraordinaire sensibilité, rendant sa valeur diagnostique moindre que celle de Taccone. La technique de ces deux réactions simples est exposée p. 121 à 123.

Henri Ey.

Mes constatations au sujet d'une nouvelle réaction du liquide céphalo-rachidien, à l'aide de l'acide sulfurique indiquée par Reiffer (Meine Erfahrungen mit einer neuen, von Reiffer angegebenen Schwefelsäureprobe im Liquor cerebrospinalis), par I. IANSEN. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 5, 1936.

L'épreuve consiste à superposer, dans une série de tubes à essai, des proportions variables de liquide céphalo-rachidien et d'acide sulfurique concentré. Dans le tube contenant les deux liquides à volume égal, un anneau violet apparaît au niveau de la surface de séparation, au bout de 24 heures ; la réaction s'étend ensuite aux autres tubes. Il semble qu'il s'agisse d'une réaction des globulines, remarquable par sa sensibilité. Elle est absente chez les sujets sains, mais elle est trouvée positive dans les affections organiques des centres et des méninges les plus diverses, parfois en cas de résultat négatif de toutes les autres réactions. Elle peut donc rendre des services et se recommande en outre par la simplicité de la technique.

E. BAUER.

Recherches concernant l'influence de la ponction lombaire sur la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien (Untersuchungen über den Einfluss der Lumbalpunktion auf den Zellgehalt der Spinalflüssigkeit), par N. J. NISSEN. *Acta psychiatrica et neurologica*, XI, 1, 1936.

Une ponction lombaire correctement faite ne provoque pas d'augmentation des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien. La répétition de la ponction, au bout de quelques jours, n'a pas donné des chiffres sensiblement différents de la 1^{re} ponction, sauf chez quelques sujets atteints d'affections infectieuses diverses. Mais dans ces cas la leucocytose était due à la méningite séreuse secondaire à l'infection, et non à la ponction. L'auteur signale la fréquence de la leucocytose modérée du liquide au cours d'infections telles que pneumonie, gastro-entérite, angines.

E. BAUER.

Sur les cellules éosinophiles du liquide céphalo-rachidien (Sobre as células eosinófilas do líquido céphalo-rachidiano), par Oswaldo LANGE. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. I, n° 4, p. 421-434, juillet-décembre 1935.

L'auteur démontre à l'appui de sa documentation personnelle et des données de la littérature que l'éosinophilie du liquide n'est pas exclusive

de la cysticerose encéphalique. Il s'agit d'une altération cytologique qui, — à condition d'être à la fois abondante et prépondérante, — doit orienter le diagnostic vers le parasitisme encéphalique. Toutefois on observerait l'éosinophilorachie dans certains cas d'irritation toxique et d'hémorragies encéphalo-méningées.

P. CARRETTE.

A propos de l'intégrité cellulaire dans les liquides rachidiens des méningites, par A. ESTRADA. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.* T. XIII, n° 6, p. 729, juin 1936.

Les états cellulaires ne peuvent pas caractériser, d'après l'auteur, certains états méningés. La destruction ou la dégénérescence cellulaire est fonction du temps pendant lequel les cellules sont soumises à l'action pathogène de l'agent microbien ou à l'action toxique et chimique du liquide rachidien. Qu'il s'agisse de méningites septiques ou aseptiques, on obtient un bon état cellulaire dès qu'on fait le drainage rachidien.

L. MARCHAND.

Démence précoce et tuberculose, par M. DALKE (*Psiquiatria y Criminologia*, T. I, n° 3, Juin 1936).

Les cultures du liquide céphalo-rachidien de 24 déments précoces, effectuées dans les milieux de Lœwenstein et Petragnani ont donné des résultats négatifs pour le bacille de Koch.

L'inoculation à des cobayes du liquide céphalo-rachidien de déments précoces a donné des résultats négatifs quant à l'infection tuberculeuse, ainsi que le prouvent les études histologiques et les cultures réalisées avec les organes des animaux sacrifiés. Les passages effectués en inoculant des cobayes avec des extraits d'organes d'autres animaux inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces ont donné des résultats négatifs pour l'investigation du bacille tuberculeux.

A la suite de ces expériences, l'auteur conclut que, dans les 24 cas de démence précoce envisagés, on peut nier l'étiologie tuberculeuse de la maladie.

LAUZIER.

Des différences de teneur en vitamines C des diverses portions du système nerveux (Über Unterschiede im C. Vitamingehalt verschiedener Teile des Nervensystems), par F. PLANT et M. BÜLOW (Munich). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 153, p. 182 à 192.

La teneur en vitamines cherchée dans le cerveau des lapins, chiens, chats et vœux varie dans les diverses portions du système nerveux. Elle est considérable dans la corne d'Ammon, elle est moindre dans la moelle que dans le thalamus et le noyau caudé, où les teneurs sont sensiblement les mêmes. Les auteurs essayent d'envisager cette question relativement à l'ontogenèse et à la phylogenèse.

Henri Ey.

Recherches expérimentales sur la question de la sclérose en plaques (Experimentelle Untersuchungen zur Frage der multiplen Sklerose), par Ihasan SCHÜKRÜ (Stamboul). *Zeitsch. f. d. ges. N. und P.*, 1935, Tome, 153, p. 116 à 121.

L'inoculation de filtrat lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de sclérose en plaques en évolution aiguë a provoqué la mort du lapin six mois après et des lésions des parois ventriculaires.

Henri Ex.

La crise gastrique du tabès, crise hypochlorémiante, par Léon BINET et Jean PARROT. *La Presse Médicale*, n° 99, p. 2001-2002, 11 décembre 1935.

La crise gastrique du tabès se déroulerait en 3 phases successives : une phase de spoliation hydrochlorée ou phase nerveuse, un stade humoral de chloropénie stabilisée et une période critique ou de réparation. L'alcalose et l'hyperazotémie constituent le véritable syndrome humoral de la crise gastrique. Les injections intraveineuses d'atropine s'attaquent au facteur nerveux de la crise, mais une thérapeutique efficace devra viser à la rechloruration précoce et suffisante pour compenser les pertes subies par l'organisation.

P. CARRETTE.

Hyperpolypeptidémie au cours du tétanos, par Henri WAREMBOURG et Jules DRIESSENS. *La Presse Médicale*, n° 83, p. 1601-1604, 16 octobre 1935.

La toxémie azotée au cours du tétanos a été notée par les auteurs comme le signe d'une hépato-néphrite congestive. Elle serait imputable à la sérothérapie intense, associée à la chloroformisation. Ainsi, tandis que les progrès du traitement spécifique permettent de lutter efficacement contre le tétanos lui-même, les malades risquent la mort par azotémie secondaire. Ce danger ne constitue pas une contre-indication de la sérothérapie, mais il commande la surveillance du taux de l'urée sanguine et un traitement complémentaire éventuel par le sérum glucosé et les extraits hépatiques.

P. CARRETTE.

Sur la répartition des groupes sanguins dans les maladies mentales (Über die Blutgruppenverteilung bei Geisteskrankheiten), par A. LEISCHNER (de Prague). *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 93, fasc. 5, 1936.

L'auteur n'a constaté aucune différence appréciable entre la répartition des groupes sanguins dans les principales maladies mentales, et celle chez les sujets sains. Les différences constatées parfois par des auteurs s'expliquent en réalité par l'influence de facteurs locaux ou par l'insuffisance du nombre des cas étudiés.

E. BAUER.

Quelques recherches récentes sur l'hématologie dans les psychoses (Some Recent Investigations into the Hæmatology of the Psychoses), par H. C. BEECLE. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXI, n° 335, p. 840-847, octobre 1935.

Les modifications sanguines apparaissent d'autant plus profondes qu'il s'agit de cas plus aigus, liés à des perturbations organiques. L'apparition

de granulations, les altérations cellulaires, les variations du cholestérol, expriment le trouble physiopathique et s'atténuent avec lui, sans qu'il y ait un parallélisme étroit avec l'évolution du syndrome mental. C'est dans les accès maniaco-dépressifs, dans la confusion mentale, au cours des phases aiguës du syndrome schizophrénique que ces modifications biologiques sont les plus sensibles.

P. CARRETTE.

Des changements hématologiques chez les schizophrènes traités par l'insuline, par J. TRACZYŃSKI (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXVIII, 1936).

L'auteur constate qu'une forte leucocytose accompagne le traitement insulinique des malades atteints de schizophrénie. Le point culminant de la leucocytose coïncide avec le choc hypoglycémique. La leucocytose est plus élevée chez les malades cliniquement améliorés. Parallèlement à la leucocytose, il existe une tendance myélotique se traduisant par l'augmentation des neutrophiles et la diminution des lymphocytes. A la période initiale de l'action de l'insuline, on constate de la monocytose.

FRIBOURG-BLANC.

De l'influence de l'adrénaline sur la glycémie des schizophrènes (Ueber der Einfluss des Adrenalins auf den Blutzucker bei Schizophrenen), par SCHULZE-BÜNTE (de Berlin). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 94, 3, 1936.

Des recherches faites sur une trentaine de schizophrènes ont abouti aux résultats suivants : La courbe de la glycémie examinée pendant les deux heures qui suivent l'injection d'adrénaline, montre des anomalies sensibles, de temps et d'intensité ; mais ces anomalies revêtent des aspects variables ne permettant pas d'identifier une formule caractéristique de schizophrénie. Les variations de la pression sanguine et de la fréquence du pouls sont les mêmes que chez les sujets normaux et concordent dans leur évolution ; par contre, il existe des discordances d'évolution notables entre l'accélération du pouls et l'augmentation de la glycémie.

E. BAUER.

La courbe glycémique dans l'épilepsie (La curva glicemica nella epilepsia), par Salvator Di MAURO (Catane). *Il Cervello*, p. 109 à 113, mars 1936.

L'auteur a étudié dans 10 cas les courbes du taux glycémique ou, mieux, les aires de glycémie. Il lui est bien difficile de tirer de son travail disparate (courbes après hyperpnée, avant ou après les crises et une seule par malade !) d'autre conclusion que celle d'un déséquilibre neuro-végétatif.

Henri Ey.

Hypoglycémie spontanée cause d'une maladie convulsive (Spontanhypoglykaemie als Ursache einer organischen Anfallserkrankung), par H. KUHN. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 2, 1936.

Un sujet de 24 ans présente depuis 2 ans des accidents comateux et convulsifs, d'abord espacés, puis quotidiens, se produisant exclusivement le matin. Les traitements épileptiques ont été sans résultat. Mais un dosage

du glucose, au moment d'un accident, donne les taux suivants : 0,18 pour la glycémie, 0,25 pour la glycorrachie. Le traitement, consistant en alimentation hydrocarbonée riche, le soir tard et le matin de bonne heure, amène la suppression des accidents. Les fonctions thyroïdienne et hypophysaire sont intactes. Il faut penser dans ce cas à un syndrome d'hyperinsulinisme par atteinte du pancréas, hypothèse appuyée par les taux extrêmement bas de glycémie constatés, et par la labilité extrême, également constatée, de la glycémie (jeûne et travail musculaire).

E. BAUER.

La régulation de la composition du sang par les centres végétatifs, par V. P. BESOUKHOV, J. M. PAVLONSKY, T. F. FESSENKO, V. V. TCHERNIKOF, et V. V. ERMICH. *Travaux de l'Académie Psychoneurologique Ukrainienne*, T. II, 1935.

Sur 18 malades chez lesquels on a pratiqué l'encéphalographie ou la ventriculographie, les auteurs étudient le rôle des centres neuro-végétatifs dans la composition chimique et morphologique du sang. Les auteurs concluent qu'il existe indiscutablement une relation entre la composition du sang et la régulation végétative centrale se traduisant par des changements biochimiques et morphologiques : leucocytose, changements des neutrophiles et des lymphocytes, oscillation du taux du sucre et de l'azote. Ces changements sont dus à l'irritation des centres neuro-végétatifs produits par la pénétration du sang dans les ventricules au cours de la ventriculo et de l'encéphalographie, par la pénétration de l'air dans l'espace sous-arachnoïdien et par le prélèvement de liquide céphalo-rachidien par la ponction lombaire. Pour que ces changements puissent être réalisés, il faut que les centres végétatifs aient une certaine intégrité. Les centres de régulation thermique sont relativement indépendants.

La réaction paradoxale observée chez les malades atteints de parkinsonisme après la ponction lombaire prouve également l'influence des mécanismes végétatifs centraux sur la composition du sang. Une des causes des changements de la composition du sang produits par l'appareil végétatif est son influence sur les organes hématopoïétiques. La preuve en est donnée par l'apparition des cellules de Turk dans le sang périphérique et par l'anisocytose disparaissant de 10 à 24 heures.

FRIBOURG-BLANC.

Le dynamisme du chimisme du liquide céphalo-rachidien et la régulation centrale végétative, par I. V. LITVAK, T. F. FESSENKO et V. V. TCHERNIKOF. *Travaux de l'Académie Psychoneurologique Ukrainienne*, T. II, 1935.

Dans le but de déterminer l'influence des lésions des centres végétatifs sur le fonctionnement de la barrière hémato-encéphalique, les auteurs étendent leurs investigations sur un matériel clinique de 20 malades porteurs de lésions de la zone sous-corticale. Ils constatent : 1° que le système végétatif central a une influence d'ordre nutritif sur les processus du métabolisme de l'encéphale, sur la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et sur le chimisme du liquide céphalo-rachidien ; 2° que, dans les lésions sous-corticales, le quotient de la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien et du sang, après une charge de glucose, diminue d'une façon beaucoup plus prononcée que chez les malades ayant une autre localisation des lésions de l'encéphale ; 3° les recherches de la teneur en acide lactique

dans le sang et le liquide céphalo-rachidien démontrent que les variations du quotient du sucre sont dues, dans certains cas, à l'altération du processus de glycolyse dans le tissu cérébral. Dans certains cas, on est en droit de supposer que les variations du quotient du sucre, après une charge de glucose, dépendent de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique.

FRIBOURG-BLANC.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des schizophrénies par narcose prolongée (Über du Betranolung des schizophrenien von Danernnarcose), par M. MONNIER (Zurich). *Der Nervenarzt*, n° 1, 1936.

Essais de thérapeutique par l'administration rectale de « Cloettal », mélange narcotique préconisé par le P^r Cloettre (groupe alcool-paraléyde — hydrate d'amyle — chloral et groupe barbiturique). Ce travail a été fait à la Clinique psychiatrique de Zurich, que dirige le Professeur Maier. Un tel traitement exige une surveillance très active des diverses fonctions somatiques et une alimentation exclusivement rectale. Il faut interrompre la narcose dès que la température dépasse 37°5. De 1930 à 1934, 125 crises de sommeil par le Cloettal ont été pratiquées dans la Clinique de Bùrgli. Chez 53 de ces malades, on a noté une amélioration incontestable (40 purent quitter l'asile et 13 furent considérablement amendés). Chez 58 autres sujets, il n'y eut guère de changement (amélioration passagère chez 19, insuccès dans 39 cas). Dans 14 cas, la cure a dû être interrompue avant le 4^e jour. Deux malades chez lesquels l'indication d'interruption (hyperthermie) ne fut pas observée, moururent des suites de broncho-pneumonie. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez les schizophrènes déprimés avec agitation chronique, puis chez les schizophrènes à composante maniaque au stade subaigu de leur psychose, de même chez les hétérophréniques et les psychopathes schizoïdes dont l'agitation était fortement psychogène. Dans ces derniers cas, 4 jours de narcose peuvent suffire. Dans certains cas, il faut prolonger la cure au delà de 10 jours. Chez les catatoniques de type hypersympathicotoniques, lorsque les manifestations neuro-végétatives disparaissent pendant la cure, la « contracture psychique » se résout également au réveil, la cure ayant en général la valeur d'une influence vagotonique.

Henri Ey.

Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire (Die Insulin schockbehandlung der Schizophrenie), par A. VON BRAUNMUEHL. *Muenchener Medizinische Wochenschrift*, 1937, 1.

L'article de l'auteur s'adresse aux médecins praticiens qui doivent connaître la méthode de Sakel, de plus en plus appliquée dans beaucoup d'établissements psychiatriques. La technique, les dangers, les résultats sont exposés succinctement, mais avec précision. La psychothérapie associée constitue une partie essentielle de la méthode ; ses règles et principes doivent être rigoureusement observés. L'insulinothérapie opère avant tout un changement de l'état affectif, le rétablissement des contacts normaux et de la spontanéité. Elle est efficace dans la schizophrénie au début ; ses résultats

intéressants, mais incomplets, dans les psychoses schizophréniques avec évolution plus avancée, seront peut-être améliorés grâce à des perfectionnements de sa technique.

E. BAUER.

Constatations avec la méthode de traitement par les chocs insuliniques chez les schizophrènes (Erfahrungen mit Insulinschocktherapie bei Schizophrenen), par ZOLTÁN V. PAP (de Debrecen). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 94, 6, 1937.

L'auteur fait le bilan de trois années d'insulinothérapie à la Clinique Psychiatrique de Debrecen (Prof. Benedek), où la méthode de Sakel fut introduite en 1933. La technique a été modifiée : les chocs sont espacés de 2-3 jours, au lieu d'être quotidiens ; leur nombre total ne dépasse qu'exceptionnellement trente. Si on n'obtient pas de résultat avec une trentaine de chocs, tout espoir de succès du traitement doit être abandonné. La clinique des chocs est exposée avec d'intéressants détails ; un chapitre spécial est consacré aux troubles si curieux de perceptions sensorielles pendant l'état hypoglycémique ; ces troubles ont été spécialement étudiés à la clinique de Debrecen, et Benedek leur a consacré une monographie ; ils présentent de nombreuses analogies avec ceux de l'intoxication par la mescaline. Deux observations de comas prolongés pendant 4 et 5 jours, avec état fébrile intense, convulsions tétaniques, mouvements choréo-athétosiques, troubles cardiaques et respiratoires alarmants montrent les dangers du traitement insulinique ; l'auteur met également en garde, en s'appuyant sur les recherches de Stief et Tokay, contre les lésions centrales irréversibles qui peuvent être provoquées par des chocs trop intenses et trop prolongés. La statistique des résultats porte sur 25 hommes et 32 femmes ; chez environ 25 0/0 de ces sujets, la maladie durait depuis plus de 2 ans. 11 hommes et 11 femmes furent améliorés au point de pouvoir retourner dans leur milieu social et à leurs occupations professionnelles ; les améliorations partielles ne sont pas comptées dans ces chiffres.

E. BAUER.

Traitement du coma diabétique, par Raoul BOULIN. *La Presse Médicale*, n° 87, p. 1699-1700, 30 octobre 1935.

Le coma diabétique survient au cours d'un diabète méconnu ou insuffisamment traité, à la suite de complications intercurrentes. Les infections, le surmenage, les traumatismes transforment parfois brusquement un diabète bénin, en diabète grave avec acidose menaçante. Les règles thérapeutiques générales du coma visent à la réhydratation, établissent la diète cétogène, l'alimentation hydrocarbonée et la cure insulinique. M. Boulin ne considère pas la médication alcaline comme une mesure urgente.

P. CARRETTE.

La « cure bulgare » des troubles post-encéphalitiques, par A. RAVINA. *La Presse Médicale*, n° 98, p. 1980-1982, 7 décembre 1935.

Très différente de la cure atropinique de Roemer dans sa technique la cure bulgare en suit les mêmes principes. Elle utilise dans les troubles post-encéphalitiques la décoction de racine de belladone. C'est la feuille qui sert généralement dans le traitement des parkinsoniens. L'action favorable de la racine doit être liée à la participation du système neuro-végétatif lequel

est sensible aux alcaloïdes de la belladone. La cure bulgare pour réussir, doit associer au médicament, un régime hypotoxique, alcalinisant, la méca-nothérapie, la rééducation.

P. CARRETTE.

Le traitement des dystrophies musculaires progressives et plus spécialement des myopathies, par J.-A. CHAVANY. *Le Progrès médical*, n° 1, p. 9-14, 4 janvier 1936.

La myopathie est pour M. Chavany une maladie, et les différentes formes décrites lui apparaissent comme des étapes et des localisations variées d'un même processus. On a cherché longtemps une thérapeutique efficace des dystrophies musculaires progressives. Les traitements électriques, l'emploi des agents physiques, les cures antisiphilitiques étaient trop empiriques et généraux pour donner des résultats très satisfaisants. Parmi les méthodes préconisées plus récemment, l'auteur accorde ses préférences à la phlycténothérapie, aux injections combinées d'adrénaline et de pilocarpine, et enfin à l'ingestion de glyocolle dont il étudie longuement les indications précises.

P. CARRETTE.

Fatigue printanière, psychonévrose et précarence en Vitamine C., par V. DEMOLE (de Bâle). *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

Il existe des analogies frappantes entre les symptômes frustes du scorbut et les manifestations de fatigue printanière ; on peut donc supposer que celles-ci se rattachent à une privation de vitamine C, donc à un état pré-scorbutique qui s'explique aisément par les conditions alimentaires anormales pendant la période d'hiver. La thérapeutique confirme cette manière de voir ; le traitement par l'acide ascorbique institué par l'auteur a amené la guérison rapide dans une vingtaine de cas.

E. BAUER.

Le traitement de la myasthénie par la prostigmine (Die Prostigminbehandlung der Myasthenie), par E. SCHNEIDER (de Berlin). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 94, 3, 1936.

La prostigmine s'est montrée efficace chez 4 malades dont l'auteur rapporte les observations ; il s'agissait de syndromes myasthéniques graves. Le résultat a été durable chez trois de ces malades au point qu'ils ont pu reprendre leurs occupations professionnelles. La dose d'entretien a été de 5 ou 6 comprimés par jour, après une première période de traitement par injections sous-cutanées.

E. BAUER.

Syndrome de compression de la queue de cheval dans un cas de lipomatose symétrique. Guérison à la suite de l'injection sous-occipitale de lipiodol, par E. HERMAN. *Medycyna*, n° 18 du 21 septembre 1936.

Chez un homme atteint de lipomatose symétrique, un syndrome de compression de la queue de cheval s'est installé en quelques jours à la suite d'une douleur subite survenue au cours du travail. L'injection sous-occipitale de lipiodol a révélé un arrêt complet du liquide en L3. Cette inter-

vention d'exploration a été suivie d'une amélioration et ensuite d'une guérison rapide. L'auteur conclut à une arachnoïdite. L'action rapide et favorable du lipiodol fut due probablement à la rupture des adhérences par la colonne de lipiodol.

FRIBOURG-BLANC.

MÉDECINE LÉGALE

De la difficulté de l'application de la notion de « responsabilité atténuée »
par L. KORZENIOWSKI. *Nowiny Psychiatryczne*, fasc. I-IV, 1936.

A propos des articles du Code Pénal polonais ayant trait aux criminels à responsabilité atténuée, Korzeniowski formule les considérations suivantes : La notion de la responsabilité atténuée n'est ni précise ni du ressort médical. L'introduction de cette notion dans le Code Pénal prête à confusion et contribue à rattacher à ce groupe le cas où l'opinion de l'expert est incertaine. L'auteur souhaiterait que le Tribunal, après avoir pris en considération l'avis des experts, confie le prévenu psychopathe aux autorités pénitentiaires. Celles-ci, en se basant sur l'observation de l'individu, choisiraient entre la prison et l'hôpital pénitentiaire pour psychopathes. La mise en liberté ne serait appliquée qu'après la constatation de la modification des instincts antisociaux. La mise en liberté ne doit pas être décidée d'avance

FRIBOURG-BLANC.

L'émotion en psychopathologie médico-légale (La emoción en psicopatología forense), par Roberto CIAFARDO. *Revista de la Asociacion Médica argentina*, T. XLIX, n° 350, pp. 1323-1331, septembre 1935.

La loi conteste l'imputabilité des sujets en état habituel d'aliénation mentale ou rendus inconscients au cours d'accès plus ou moins transitoires. Le médecin doit faire une place à l'émotion dans l'appréciation des conditions psychologiques de l'acte incriminé. Les investigations biologiques permettent de diagnostiquer l'émotivité anormale et les réactions consécutives, inhibition ou impulsion. L'expert peut les reconstituer par un examen habile et faire valoir notamment l'influence du choc et de la sommation dans certains déséquilibres émotifs.

P. CARRETTE.

Le crime impulsif interprété par les réflexes conditionnés, par W. RIESE. *L'Évolution psychiatrique* ; fasc. IV, pp. 81-87, 1935.

« Le rapport de l'acte criminel avec son auteur reste *impénétrable* », conclut M. Riese. Il serait trop simple de baser la responsabilité sur le fait de l'arrangement préparatoire et de l'interruption de l'acte par la surprise des circonstances imprévues. Les travaux de Lentz montrent que l'excitation conditionnelle peut déclencher l'acte réflexe malgré l'opposition de la conscience. La mobilité des états de conscience correspondrait au contraire à l'inertie des réflexes conditionnels. On peut interpréter les faits humains observés mais cette interprétation ne les explique pas et ne permet pas de fixer l'opinion sur le degré d'irrésistibilité de l'impulsion.

P. CARRETTE.

Personnalités épileptoïdes et pyromanie (Epileptoïde Persönlichkeiten und Pyromanie), par R. PERSCH. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 3-4, 1937.

Deux cas de pyromanie, l'un chez un adolescent, l'autre chez une femme enceinte, montrent des ressemblances extrêmement frappantes. Ces sujets appartiennent à la catégorie des pyromanes épileptoïdes, à laquelle doivent être rattachés un grand nombre de cas publiés. La pyromanie est souvent combinée avec d'autres perversions : poriomanie, kleptomanie, impulsions homicides, etc. L'élément sexuel est fréquemment constaté, mais la pyromanie n'équivaut pas à une perversion sexuelle comme l'ont admis à tort les psychanalystes. Le substratum de tous ces troubles instinctifs doit être cherché dans une atteinte mésodiencephalique, ce qui les apparente avec d'autres troubles localisés dans cette région : états crépusculaires, hypersomnie, délire.

E. BAUER.

La question de la kleptomanie (Zür Frage der Kleptomanie), par Leo DEUTSCH (Rosenbügel). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 112, p. 208 à 234.

L'auteur rapporte trois observations. Il souligne naturellement l'importance de la structure obsessionnelle des troubles et de certains facteurs étiologiques bien connus (ménopause, menstruation). Sa première observation est celle d'une femme dont les lésions artériopathiques cérébrales paraissent avoir conditionné le développement de la névrose. En ce qui concerne les mécanismes, Deutsch insiste sur la symbolique de l'argent en ce qui concerne les objets volés et sur les mécanismes masochistes d'autopunition. L'interprétation freudienne de l'acte morbide et pulsionnel de voler est le thème de ce travail.

Henri EX.

Attentat à la pudeur. Manifestations encéphalitiques résiduelles. Déficience mentale. Schizoïdie. Conclusions Médico-Légales. (Attentado ao Pudor Manifestações Residuas Encefalíticas. Deficiência Intelectual. Schizoidia. Conclusões Medico-Legais), par A. TEIXEIRA, LIMA et Fausto GUERNER. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. 1, n° 4, p. 443-446, juillet-décembre 1935.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, schizoïde, avec antécédents héréditaires neuropsychopathiques et personnels d'encéphalite épidémique, déficient intellectuel, et qui, accusé d'attentat aux mœurs, n'avoua jamais en avoir été l'auteur. Les faits ayant été établis et l'examen n'ayant pas mis en défaut la sincérité apparente du patient il a été impossible d'établir le dynamisme délictueux et de préciser le pronostic du point de vue médico-légal. Acquitté par le Tribunal du Jury, le malade a été mis en liberté.

P. CARRETTE.

Episodes ayant donné lieu à discussion dans une longue carrière d'aliéniste (Debatable medico-legal episodes in the long life of an Alienist), par L. A. WEATHERLY. *The medico-legal and criminological review*, vol. IV, fasc. III, juillet 1936.

Le Dr L. A. Weatherly a rapporté à la Société de Médecine légale britannique un certain nombre de cas curieux dont il a eu à s'occuper au cours d'une carrière de 50 ans. Nous en résumerons deux, très brièvement.

Tout d'abord un cas qualifié kleptomanie, qui pourrait aussi s'intituler collectionnisme. Une perquisition pratiquée chez un employé des postes fit découvrir une quantité énorme de lettres chargées ou recommandées dont aucune n'avait été ouverte, une masse de vieux journaux, une « quantité formidable » (a tremendous collection) d'os de boucherie, enfin des pièces de soie et de satin — le sujet avant d'être postier avait été successivement garçon boucher et employé dans un magasin de tissus. Il s'agissait d'un dégénéré, porteur notamment de nombreux stigmates physiques. Lors du procès auquel l'affaire donna lieu, le D^r Weatherly fut cité comme expert. On le garda trois heures à la barre. L'accusé, malgré un sévère réquisitoire, fut déclaré « coupable mais aliéné ».

Le second cas est d'ordre déontologique. Chargé par une famille d'examiner un malade dans un pensionnat d'Asile public et de constater comment il était traité, le Docteur Weatherly demanda au Superintendant (Directeur) de l'établissement à visiter ledit malade. Le Superintendant répondit qu'il n'avait pas l'habitude de solliciter l'opinion d'autrui au sujet de ses malades. Le D^r Weatherly se fit alors donner une ordonnance par la « Commission of Lunacy ». Le Superintendant, informé, lui proposa spontanément un jour pour sa visite. Le D^r Weatherly accepta la proposition de son confrère et se rendit, au jour fixé, à l'établissement, où il demanda le Superintendant. On lui répondit qu'il était sorti. Il demanda alors le médecin en second. On lui répondit qu'il était occupé. Il pria qu'on lui montrât les certificats et l'observation médicale concernant le cas qu'il avait à examiner. On les lui refusa par ordre supérieur. Il se fit conduire près du sujet qui était un dément. Il interrogea le personnel de surveillance sur le comportement du malade. La réponse fut : « Nous avons des ordres pour ne répondre à aucune question. » Il ne lui restait plus qu'à se retirer, ce qu'il fit. L'affaire, dont la presse s'occupa bruyamment, fut portée devant la Commission of Lunacy et devant la Société de Médecine légale, où elle fut examinée. Des deux côtés l'on dut constater qu'aucun texte légal ne pouvait obliger le Superintendant d'un Asile à renseigner un médecin étranger, même envoyé officiellement.

J. ROGUES DE FURSAC.

Enquête sur des délinquants anciens expertisés (Ueber eine Nachuntersuchung forensisch Begutachteter), par Z. WECHSLER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVIII, 2, 1936.

Cette enquête a porté sur 120 sujets (105 hommes, 15 femmes), qui ont été expertisés entre 1905 et 1915, dans les asiles cantonaux zurichois, pour des crimes et des délits divers. La proportion des femmes a été relativement élevée dans les délits contre la propriété : 17 pour, contre 9,6 pour cent dans l'ensemble des autres délits. Les troubles psychopathiques les plus fréquemment observés ont été : 1) les états de déséquilibre constitutionnel, 45 cas dont 14 avec perversions sexuelles ; 2) schizophrénies, 21 cas ; 3) oligophrénies, 16 cas ; 4) alcoolisme chronique grave, 11 cas. Le point culminant de la courbe de l'âge est situé entre 21 et 30 ans. Des tares héréditaires graves, de nature psychique, ont été constatées dans 79 cas (65,8 pour cent). La moitié des sujets n'avaient pas subi des condamnations antérieures. L'irresponsabilité fut admise dans 74 cas, la responsabilité atténuée dans 20 cas et la responsabilité entière dans 26 cas. 86 sujets

(71,7 pour cent) n'ont pas récidivé, notamment la majorité des oligophrènes et la moitié des schizophrènes ; par contre, le résultat social s'est montré nul chez la majorité des psychopathes constitutionnels.

E. BAUER.

L'état actuel du système pénitentiaire en Europe, par LEON BELYM (*Revue de droit pénal et de Criminologie*, n° 10, octobre 1936).

La Commission internationale pénale et pénitentiaire vient de publier dans un volume spécial de son recueil de documents, une série de notices sur l'organisation actuelle du système pénal et pénitentiaire dans 21 pays d'Europe. De l'ensemble de ces notices, rédigées pour la première fois sur un plan uniforme, se dégage la conclusion que depuis la guerre mondiale, les tendances à une évolution du système pénitentiaire sont devenues plus puissantes et plus actives.

Alors qu'avant la guerre, toute réforme pénitentiaire semblait devoir se concrétiser dans l'adoption plus ou moins large du régime cellulaire, c'est aujourd'hui dans le sens de l'introduction d'une certaine progressivité dans les méthodes d'exécution des peines privatives de liberté, que l'on s'oriente. La peine doit, pour répondre complètement à ses fins sociales, viser à l'amendement du délinquant ; tout dans l'organisation de ses méthodes d'exécution doit donc tendre à ce but supérieur ; si la progressivité dans l'application de ces méthodes est admise, elle doit se baser, certes, sur la conduite du détenu en prison, mais surtout sur les progrès de sa « revalorisation sociale ». A cet égard, le système progressif de la prison-école belge présente une incontestable supériorité.

LAUZIER.

Etat actuel des applications médico-légales des groupes sanguins (*The present status of medico-legal applications of blood grouping*), par LAURENCE H. SNYDER (*Eugenical News*, vol. XXI, n° 3, mai-juin 1936, p. 45).

La transmission héréditaire des antigènes spécifiques est tout d'abord étudiée dans ses principes, puis dans ses applications légales. Un appendice par A. S. WIENER donne quelques-uns de ces aspects juridiques : 1° pour la recherche de la paternité ; 2° pour l'identification des criminels ; 3° quelques-unes des dispositions légales en vigueur depuis 1935 dans les Etats de New-York et de Wisconsin.

J. DELMOND.

Séquelles psychiques des traumatismes crânioencéphaliques et problèmes médico-légaux connexes, par le Dr O. LOUDET (*Psiquiatria y Criminologia*, Tome I, n° 1-2, Avril 1936).

L'auteur étudie d'abord le cas où le traumatisme peut être considéré comme la cause unique de la psychose. Puis il envisage les cas où le traumatisme agit comme cause déterminante ou accélératrice d'un processus psychopathique latent. Finalement, il s'occupe de l'action du traumatisme comme préparateur d'un terrain psychopathique sur lequel peut se développer ensuite une psychose sous l'action d'une autre cause déterminante.

Parmi les séquelles psychiques post-traumatiques, il faut citer : la confu-

sion mentale, le syndrome de Korsakoff, les psychoses disthymiques, les psychoses épileptiques, les démences post-confusionnelles et tout spécialement la paralysie générale post-traumatique.

Au point de vue médico-légal, on peut classer les psychoses post-traumatiques en immédiates, médiate et éloignées par rapport au traumatisme. Il faut considérer l'importance de ce facteur chronologique dans l'indemnisation des accidents de travail et des incapacités absolues ou partielles de caractère permanent.

L'auteur note deux défauts fondamentaux à la loi argentine des accidents de travail. D'une part, la prescription annuelle du droit des ouvriers à engager un jugement pour demande d'incapacité. Cette disposition met hors de la protection de la loi les traumatisés qui peuvent présenter des séquelles psychiques tardives, c'est-à-dire postérieures à une année après l'accident. D'autre part, la non-existence en forme explicite de la révision des incapacités déjà déclarées ou non reconnues. On empêche ainsi une évaluation juste et définitive, dans le cas de séquelles psychiques vagues et incohérentes, qui en apparence semblent curables avant le délai d'un an et qui se présentent deux ou trois ans après avec les caractères typiques de formes incurables.

Puis le Dr Loudet s'occupe des réactions délictueuses et des tendances au suicide, présentées par certains traumatisés du crâne, antérieurement bien équilibrés et honnêtes. En conclusion, il démontre qu'il faut adapter les lois de caractère médico-social aux réalités cliniques et non les réalités cliniques aux illusions juridiques.

LAUZIER.

Affections nerveuses organiques tardives à la suite des traumatismes et le problème médico-légal de l'incapacité, par Alfred GORDON. *Revue neurologique*, T. LXIV, n° 5, pp. 662-667, novembre 1935.

Les traumatismes d'une certaine violence suivis de manifestations neurologiques bénignes peuvent provoquer des syndromes tardifs entraînant une incapacité relative ou même totale. Ces cas font l'objet de nombreuses contestations. On ne saurait prendre trop de précautions dans l'examen et dans la documentation sur les circonstances et l'évolution des troubles. L'auteur résume quelques cas et montre comment, en toute justice, l'appréciation du dommage peut être formulée par une connaissance plus étendue de toutes les manifestations cliniques tardives des commotions et des contusions nerveuses.

P. CARRETTE.

Considérations anatomo-cliniques sur l'hémorragie sous-arachnoïdale d'origine anévrysmale. Leur intérêt en médecine légale, par Fr. THOMAS. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, T. 13, n° 8, novembre 1936, p. 969.

Après avoir montré la fréquence, les formes, les dimensions extrêmement variables de l'anévrysme cérébral, l'auteur donne comme siège de prédilection la carotide interne, la communicante antérieure, l'artère basilaire, l'artère sylvienne. L'anévrysme cérébral se rencontre à partir de la quarantaine, mais n'est pas l'apanage de l'âge adulte, ni de la vieillesse. Il peut se présenter déjà dans les premières années de la vie. Sa rupture provoque

l'hémorragie sous-arachnoïdienne. La mort peut être foudroyante ou bien la personne frappée survit quelques heures, présentant les signes brutaux d'irrigation méningée. Parfois, l'évolution de l'accident peut s'échelonner sur plusieurs jours et s'acheminer vers la guérison.

L'étiologie de l'anévrysme cérébral reconnaît des causes multiples : l'artériosclérose, l'artérite syphilitique ; dans la grande majorité des cas, on est frappé par l'intégrité anatomique des vaisseaux de la base du cerveau et la formation anévrysmale est située aux points de division des artères. On a admis également une malformation congénitale. Enfin, dans certains cas, l'origine traumatique peut être admise, et le médecin-légiste doit faire toute réserve quant à la préexistence possible d'un lieu de moindre résistance. Il y a lieu aussi d'envisager la possibilité que le trauma a eu lieu après la rupture de l'anévrysme.

L. MARCHAND.

Nullité de mariage et impuissance sexuelle (Nullity and Impotence),
par E. A. BENNETT. *The medico-legal and criminological review*, vol. IV,
fasc. 1, janvier 1936.

L'auteur ne considère que l'impuissance sexuelle d'origine psychogénique, la plus fréquente, dit-il, dans le mariage et, par conséquent, celle pour laquelle se pose le plus fréquemment la question de nullité. Les Cours de Justice anglaises aussi bien qu'écossaises ont prononcé la nullité du mariage dans des cas où manquait « une maladie constatable, une blessure ou un défaut de développement » (observable disease, injury or developmental defect), et où l'impuissance dépendait exclusivement d'un trouble d'ordre psychonévropathique. On ne saurait donc admettre, avec certains auteurs, que le rôle du médecin-expert doit se borner, en matière de nullité de mariage, à constater s'il existe ou non une blessure, une maladie ou un défaut de développement susceptible d'empêcher le coït. Le Dr Bennett étudie les principaux facteurs d'ordre psychologique qui sont de nature, tant chez la femme que chez l'homme, à entraver l'exercice de la fonction sexuelle. Il insiste surtout sur ceux qui sont inhérents à la vie matrimoniale (antipathies, heurts de caractère entre les époux) et qui ont pour conséquence une impuissance « sélective », ne se manifestant que vis-à-vis du conjoint, les rapports sexuels restant possibles avec un autre individu du sexe opposé. Il admet en principe que l'impuissance n'est jamais un phénomène isolé et qu'elle fait toujours partie d'un ensemble d'anomalies psychiques. Le médecin-expert doit rechercher ces anomalies dans les relations du sujet avec son conjoint (jalousie), dans son comportement général (insuffisance de l'instinct social mise en cause par Adler et par Fenichel) et enfin dans les rêves. Il insiste sur la nécessité de traiter les impuissants et de s'assurer de l'incurabilité du cas, avant de formuler des conclusions de nature à conduire la Cour à prononcer la nullité.

J. ROGUES DE FURSAC.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 18 novembre 1937*, à 9 heures 30 très précises, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 novembre 1937*, à 4 heures très précises au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE, séance exclusivement réservée à des présentations aura lieu le *jeudi 9 décembre 1937*, à 9 h. 30 très précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique, auront lieu le *mercredi 22 décembre 1937*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r HUMBERT, Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère).

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique

Médaille d'argent :

M. le Professeur Ch. PFERSDORFF, Directeur de la Clinique psychiatrique de l'Université de Strasbourg.

Nominations

M. le D^r ADNÈS est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Hoerd (Bas-Rhin) ;

M. le D^r HACQUARD est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Maréville, à Laxou (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le D^r ROYER est nommé Médecin-Chef au quartier des aliénés de l'Hospice de Poitiers (Vienne) ;

M. le D^r BAUDARD est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

Mlle le D^r ROUSSET est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) ;

M. le D^r André CHAURAND est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé Sainte-Marie faisant fonction d'hôpital psychiatrique, à Privas (Ardèche) ;

Mme le D^r GARDIEN-JOURDHEUIL est nommée Médecin-Chef à l'Asile privé Saint-Joseph-de-Cluny faisant fonction d'hôpital psychiatrique, à Limoux (Aude), poste créé ;

M. le D^r MONDAIN est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Quimper (Finistère) ;

M. le D^r TARBOURIECH est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé Sainte-Marie faisant fonction d'hôpital psychiatrique, à Privas (Ardèche) ;

M. le D^r MIGNARDOT est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot) ;

M. le D^r PERROT est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique départemental de Saint-Lizier (Ariège) ;

M. le D^r DAUMÉZON est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) ;

Mlle le D^r PETIT est nommée Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Plougervnevel (Côtes-du-Nord).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique départemental de Quimper (Finistère) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Hoerdt (Bas-Rhin) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Chirurgien des hôpitaux psychiatriques de la Seine

M. le Docteur BLOCH a été nommé médecin-chef de service du Pavillon de chirurgie des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Concours de l'Internat en Médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour 13 places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmerie Spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale) s'est ouvert à Paris le 25 octobre 1937.

Le jury était composé de M. MICHAUT, sous-directeur de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine, *président*, et de MM. les D^{rs} LEROY, MARCHAND, MARTINOR, GOURIOU, BARBÉ, MATHIEU PIERRE WEIL, et MÉNÉGAUX.

1° QUESTIONS POSÉES AUX DIFFÉRENTES ÉPREUVES.

Pathologie (30 points) :

Signes et diagnostic de la fracture du rocher.

Signes et diagnostic du goitre exophtalmique.

Anatomie et physiologie du système nerveux (30 points) :

Lobe temporal gauche. Anatomie et physiologie.

Question de garde (20 points) :

Conduite à tenir en présence d'un coma diabétique.

2° QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE.

Pathologie : Signes et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu.

Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état.

Signes et diagnostic du cancer du col de l'utérus.

Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.

Anatomie : Nerfs du cœur. Anatomie et physiologie.

Voies de la sensibilité dans la moelle. Anatomie et physiologie.

Question de garde :

Conduite à tenir en présence d'une plaie récente de l'abdomen.

Conduite à tenir en présence d'un cas de pendaison.

A la suite de ce concours ont été nommés :

Internes titulaires : 1. M. PERRIN. — 2. M. BRISSON. — 3. M. FRANCHETEAU. — 4. M. ASNARD (à titre étranger). — 5. Mlle BARRET. — 6. M. VANNIER. — 7. M. MAURISSE. — 8. M. MENANTEAU. — 9. M. TALAYRAC. — 10. Mlle BUISSON. — 11. M. SOULEYRAC. — 12. M. HAAS. — 13. M. NEVEU.

Internes provisoires : 1. M. CARRIER. — 2. M. FOUQUET. — 3. M. LAMARRE. — 4. M. BENOIT. — 5. M. MALEYRIE.

Concours pour un poste de Médecin-chef du Service de Psychiatrie de l'hôpital civil d'Oran

Un Concours sur titres pour le recrutement d'un Médecin-Chef du service de Psychiatrie de l'Hôpital Civil d'Oran sera ouvert à Alger, le 10 décembre 1937.

Pour être admis à prendre part à ce concours, les candidats devront justifier qu'ils sont médecins spécialistes des Asiles de France et qu'ils possèdent une pratique professionnelle de 5 ans au moins dans un asile public en qualité de médecin.

Les candidats devront adresser au Gouverneur Général, sous pli recommandé, leur demande établie sur papier timbré et accompagnée des pièces suivantes :

- 1° un acte de naissance dûment légalisé ;
- 2° leur diplôme d'état de docteur en médecine délivré par une Faculté française ou sa copie certifiée conforme ;
- 3° un certificat de bonnes vie et mœurs ;

4° un extrait de leur Casier judiciaire (ces deux dernières pièces ayant moins de trois mois de date) ;

5° la justification de leurs titres et de leurs travaux scientifiques ainsi que de leurs services professionnels ;

6° leur état signalétique et des services militaires ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire en ce qui concerne leur service actif ;

7° un engagement à ne pas faire de clientèle et à rester à la disposition de l'Administration pour assurer, s'il y a lieu, dans tout autre Etablissement de la Colonie, un service de la même spécialité.

Le traitement annuel est provisoirement fixé à la somme de 31.000 fr. majorée des indemnités de 25 0/0 et de 8 0/0.

La liste d'inscription des candidats sera close le 4 décembre 1937.

Aucune demande d'inscription faite après cette date ne pourra être accueillie.

HYGIÈNE ET ASSISTANCE

Circulaire de M. le Ministre de la Santé publique, prescrivant la réorganisation de l'Assistance psychiatrique départementale

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction de l'Hygiène

et de l'Assistance

1^{er} Bureau

Paris, le 13 octobre 1937.

*Le Ministre de la Santé publique,
à Messieurs les Préfets.*

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'à plusieurs reprises, mon attention s'est trouvée appelée sur le nombre toujours croissant des malades atteints de troubles mentaux, sur l'encombrement des établissements qui leur sont destinés, et souvent aussi sur le nombre exagéré de malades qui sont confiés aux soins d'un même médecin.

Jusqu'à ce jour, et pour des raisons très diverses, la lutte pour la prophylaxie mentale est restée sur un plan inférieur par rapport aux moyens engagés pour combattre les autres fléaux sociaux. Or, les maladies mentales, soignées précocement, sont aussi curables que les maladies physiques, et la prophylaxie leur est applicable au même titre, avec les mêmes possibilités de résultats positifs.

Je ne saurais trop insister sur l'importance thérapeutique, économique et sociale que présente le traitement précoce des psychopathies. Faute d'avoir reçu à temps le traitement approprié à son état, un aliéné indigent, facilement curable au début de sa maladie, devient un danger pour lui-même et pour son entourage, au point de nécessiter son placement d'office dans un asile, où il reste parfois sa vie durant, imposant ainsi une charge lourde et improductive aux collectivités.

Telles sont les raisons pour lesquelles le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique a été saisi de cette question, et c'est conformément aux conclusions qu'il a unanimement adoptées, que je vous prie de bien vouloir envisager, d'accord avec votre Conseil général, la réorganisation de l'Assistance aux malades mentaux de votre département, sur les bases suivantes :

1° Création d'un dispensaire d'hygiène mentale avec consultations externes dans les centres importants ;

2° Institution d'un service social à l'aide d'assistantes spécialisées ;

3° Organisation de services libres d'observation et de traitement, où des soins précoces pourront être assurés à l'aide d'un personnel médical et infirmier qualifié ;

4° Développement et modernisation des services fermés, qui, le plus souvent, existent déjà et sont soumis aux dispositions tutélaires de la loi du 30 juin 1838.

Pour vous permettre d'apporter au Conseil général toutes précisions utiles et mettre l'Assemblée départementale en mesure de discuter utilement de cet important problème, je crois devoir commenter rapidement les différents points de ce programme.

Dispensaire psychiatrique. — Le but essentiel de ce dispensaire est un rôle de dépistage et de triage ; il s'exerce à l'aide de consultations externes organisées, suivant les circonstances locales, soit à l'hôpital psychiatrique du département, soit pour les principaux centres, par les soins de l'Office public d'hygiène sociale. S'intégrant ainsi dans un cadre déjà connu du public, ces consultations fonctionneront en liaison étroite avec les services d'inspection départementale d'hygiène, d'inspection médicale des écoles, des enfants assistés, des laboratoires régionaux et des œuvres privées éventuelles. Les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques seraient chargés du fonctionnement de ces consultations, conformément à l'article 12 du décret du 5 avril 1937. L'accord nécessaire et l'étroite collaboration de toutes ces organisations de la protection de la santé publique, sont assurés, sous le contrôle de votre autorité, par le Comité départemental de coordination sanitaire et sociale, dans lequel, par extension de la circulaire du 16 septembre 1937, sera appelé à siéger au moins un des médecins psychiatres du département.

Service social. — L'action du dispensaire psychiatrique doit être complétée par celle d'un service social assuré par une ou plusieurs assistantes spécialisées. Sous la direction des médecins consultants ou traitants, celles-ci feront les enquêtes, assureront les liaisons nécessaires, veilleront à la réadaptation sociale des malades en sortie d'essai, procureront un traitement plus hâtif avec de meilleures chances de guérison.

Les Sociétés de Patronage pour aliénés rendent à ce point de vue les plus grands services dans les rares départements français où elles existent. Je vous invite à user de toute votre influence pour en favoriser la création.

Services ouverts. — Ces services, non soumis au régime légal de 1838, sont destinés à hospitaliser les malades atteints de troubles psychiques qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour leur entourage et qui n'élèvent pas de protestations à l'égard de leur hospitalisation. L'hospitalisation précoce des psychopathes dans de tels services, par suite de l'absence des formalités d'admission, permet une prophylaxie efficace, évite à un grand nombre de malades un internement toujours pénible et décharge les services de médecine générale de divers hôpitaux et hospices du département.

Le plus souvent, ce sera à proximité de l'hôpital psychiatrique de votre département qu'il sera le plus intéressant de placer ces pavillons libres d'observation et de traitement.

J'insiste sur ce fait que ces services publics ne pourront être confiés qu'à des médecins ayant satisfait au concours des médecins des hôpitaux psy-

chiatriques. Vous aurez donc à m'aviser de la création de tout service ouvert de ce genre, afin que mon Administration vous désigne un médecin du cadre des Hôpitaux psychiatriques et que je puisse faire procéder à l'étude des règlements de ces services ouverts et les approuver.

Services fermés. — Ces services sont soumis aux dispositions de la loi de 1838. Il apparaît indispensable que chaque département possède son ou ses établissements spécialisés ; tout malade mental devant pouvoir trouver à proximité les soins spécialisés dont il a besoin. A l'exemple des Vosges, de la Haute-Saône, des Hautes-Pyrénées, de la Vienne, je serais heureux de voir les départements qui ne possèdent pas encore sur leur territoire d'hôpital psychiatrique, envisager la création de tels établissements.

Je vous rappelle, à ce sujet, que suivant les principes adoptés déjà par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, il serait souhaitable que dans tous les établissements d'aliénés chaque service, placé sous l'autorité d'un même médecin-chef, ne comprenne pas un nombre de malades supérieur à 400, pour un mouvement d'entrées et de sorties annuelles inférieur à 200.

Des exceptions ne pourraient être spécialement autorisées que par mes soins.

Au cas où ces chiffres seraient dépassés dans les établissements de votre département, vous auriez à envisager la création des postes nécessaires, en tenant compte de l'extension des consultations et de l'organisation des services ouverts.

Assistance aux enfants anormaux. — L'assistance aux enfants anormaux, arriérés et déficients est l'objet de mes préoccupations particulières. Je considère qu'on doit en amorcer la réalisation en même temps que l'organisation de la prophylaxie mentale dans le cadre de chaque département. Vous veillerez à ce qu'une organisation de dépistage des enfants déficients d'âge scolaire soit instituée par l'adjonction de consultations de neuro-psychiatrie infantiles, aux consultations psychiatriques des dispensaires. Un tel organisme devrait fonctionner avec la collaboration de l'inspection médicale des écoles et avec le concours de membres de l'enseignement et d'assistantes spécialisées.

Par la suite, en dehors du développement souhaitable des classes de perfectionnement dont le fonctionnement dépend du Ministère de l'Education nationale, il y aura lieu d'étudier la possibilité de la création de services libres médico-pédagogiques départementaux ou interdépartementaux.

Je sais que beaucoup de conseils généraux ont déjà porté leur effort dans le sens que je viens d'indiquer, et qu'un grand nombre de réalisations, dues à l'initiative de l'autorité préfectorale ou des Assemblées départementales, pourraient s'intégrer facilement dans ce programme.

J'attache cependant le plus grand prix aux nouveaux efforts qui vont être entrepris pour réorganiser l'assistance psychiatrique dans votre département, et vous voudrez bien me faire connaître les mesures déjà prises et les organismes déjà créés dans le cadre du programme adopté par le Conseil Supérieur de l'Assistance publique, indiquant également quelles propositions il vous semblera possible de faire au Conseil général pour compléter l'organisation éventuellement existante.

Vous aurez, par la suite, à me tenir au courant des dispositions arrêtées par l'Assemblée départementale.

Le Ministre :
Marc RUCART.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française

La 42^e session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Alger du 6 au 11 avril 1938, sous la présidence de M. le Dr Th. SIMON, Médecin-Directeur honoraire de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle.

Le Bureau sera constitué ainsi : *Président* : M. le Dr Th. SIMON (de Paris) ; *Vice-président* : M. le Professeur H. ROGER (de Marseille) ; *Secrétaire général* : M. le Professeur P. COMBEMALE (de Lille) ; *Secrétaire annuel* : M. le Professeur A. POROT (d'Alger) ; *Trésorier* : M. le Dr VIGNAUD (de Vanves).

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

Psychiatrie : Les troubles neuro-végétatifs, dans les maladies mentales, par M. le Professeur D. SANTENOISE (de Nancy).

Neurologie : Les formes cliniques inhabituelles de la neuro-syphilis, par M. le professeur agrégé P. NAYRAC (de Lille).

Assistance : L'Assistance psychiatrique indigène aux colonies, par M. le Médecin-Commandant AUBIN.

Centre Universitaire Méditerranéen

Les Journées Médico-psychologiques consacrées à l'Etude des problèmes du Langage, qui devaient avoir lieu les 25, 26 et 27 octobre 1937, à Nice, au Centre d'Etudes Méditerranéennes, sous la présidence de M. Paul VALÉRY, de l'Académie Française, ont été reportées au printemps 1938.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Rectorat

M. le Professeur ROUSSY, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, est nommé Recteur de l'Université.

Faculté de Médecine de Paris

M. le Dr O. CROUZON est nommé Professeur d'Assistance médico-sociale (chaire créée) à la Faculté de Médecine de Paris.

UNIVERSITÉ DE COPENHAGUE

Faculté de Médecine

M. le Professeur H. HELWEG est nommé professeur de psychiatrie à l'Université de Copenhague et médecin-chef du Rigshospitalets.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LA SURFACE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE

PAR

P. NAYRAC et G. FOURNIER

Avant propos

La recherche d'une base physique mesurable de l'intelligence est une grande tentation pour le biologiste. Mais à en parler aujourd'hui on s'expose à se faire juger retardataire, mécaniste à la pire manière du dix-neuvième siècle. Comme si l'intelligence était une masse ou une longueur ! Comme si Bergson n'avait pas écrit *l'Essai sur les données immédiates de la conscience* !

Dans un article de revue lu jadis, un ancien élève de Bergson, évoquant des souvenirs, disait comment l'illustre philosophe (alors professeur au lycée de Clermont-Ferrand) corrigeait les épreuves de *l'Essai* pendant la composition de philosophie. Il est peu vraisemblable qu'à l'issue de cette composition, Bergson s'en soit allé trouver le proviseur pour lui tenir ce langage : « Monsieur le Proviseur, il m'est impossible de noter ces copies. La valeur d'une dissertation philosophique (comme en général l'in-

telligence) est du domaine de l'intensif et je ne puis le faire passer dans l'extensif en lui appliquant une valeur numérique. » Il est sûr, au contraire, que Bergson nota chaque élève de 0 à 20 et rangea les copies par ordre de valeur, de la première à la dernière. Il fit même pis : à la fin de l'année, il additionna les points obtenus par chacun dans chaque composition, la dernière comptant double, fit la moyenne et dressa ainsi sa liste de prix et d'accessits. Non seulement la valeur philosophique de chaque élève avait ainsi été mesurée numériquement trois fois, mais encore ces valeurs avaient été soumises en vue du résultat final, à peu près à toutes les manipulations arithmétiques possibles. Ces errements sont appliqués depuis qu'il y a des maîtres et qui enseignent ; il est donc expérimentalement établi que leur absurdité n'est pas évidente.

Il va de soi que c'est avec une très grande prudence que les nombres doivent être introduits en biologie et plus particulièrement dans les choses de l'esprit. On ne voit pas comment l'intelligence pourrait entrer dans des formules comme une vitesse ou une différence de potentiel. La somme de deux intelligences par exemple est une expression dénuée de toute signification mathématique. Mais on peut, plus modeste, rechercher seulement une quantité mesurable *covariante* à l'intelligence.

Il convient aussi d'éviter toute discussion philosophique sur la définition de l'intelligence, et de ne prendre ce mot que dans son sens le plus vulgaire d'aptitude à comprendre. Il faut laisser de côté toute considération de grandeur sur les intelligences exceptionnelles. Il paraît vain de chercher à comparer l'intelligence de Napoléon à celle de Laplace. Il est même prudent d'abord de ne pas comparer des intelligences trop peu différentes, par exemple celles de deux bacheliers, même de valeur manifestement inégale. Mais si l'on dit : « Le médecin est plus intelligent que l'idiot qu'il est en train d'examiner » ou encore « le chien est plus intelligent que le lapin », on énonce là des vérités premières qui découlent immédiatement de la signification que le *consensus omnium* attribue au mot : intelligent. On simplifiera encore le problème en disant qu'on ne s'occupera que des Vertébrés. Le comportement des Insectes, en effet, est d'un autre ordre et il n'est pas sûr que le terme d'intelligence puisse leur être appliqué.

Ceci posé, voici comment on peut définir une base physique mesurable de l'intelligence. Soit G une grandeur physique mesurable définie chez tous les Vertébrés. Soient V_1 et V_2 deux Vertébrés tels que V_1 puisse être dit plus intelligent que V_2 . Soient G_1 et G_2 les valeurs numériques de G respectivement chez V_1 et V_2 .

On dira que G est une base physique mesurable de l'intelligence si l'on a

$$G_1 > G_2$$

quel que soit le couple $V_1 V_2$ de Vertébrés choisis.

On voit qu'en effet, ainsi défini par une inégalité, G ne peut servir ultérieurement à des opérations mathématiques mises en équation. G concrétise seulement une échelle de valeurs.

Enfin, la définition ainsi posée montre que G n'est pas nécessairement unique : il peut y avoir plusieurs bases physiques mesurables de l'intelligence.

Tout le monde est d'accord pour considérer que c'est dans le cerveau qu'on trouvera une grandeur G , si elle existe. La pathologie humaine montre les graves mutilations, le déficit de volume et de poids du cerveau des arriérés. L'anatomie comparée montre le développement et la complication de l'encéphale à mesure qu'on s'élève dans la série animale. Ce principe est indiscutable. Il est plus délicat de le traduire en valeurs numériques.

Il paraît intéressant de rechercher dans quelle mesure l'appréciation de la surface du cerveau peut aider dans la recherche d'une base physique mesurable de l'intelligence. Nous exposerons donc d'abord la technique de mensuration. Puis viendront des exemples de son application, d'abord en pathologie humaine, ensuite en anatomie comparée.

I. Technique

Malgré l'autorité de Testut (qui écrit : « l'évaluation de la surface des hémisphères cérébraux présente des difficultés à peu près insurmontables »), de nombreux auteurs se sont attaqués au problème de la surface cérébrale.

1853. Baillarger, premier en date, arrive à étaler la substance grise d'un cerveau en vidant préalablement, au couteau, les ganglions et la substance blanche de l'hémisphère. C'est un procédé extrêmement long, qui demande une grande habileté manuelle, et reste malgré tout soumis à de graves causes d'erreurs. On ne peut qu'admirer sans réserves Baillarger en constatant que dans l'examen qu'il pratique de quatre cerveaux, il aboutit à des résultats du même ordre de grandeur que ceux que donnent les méthodes modernes.

1862. R. et H. Wagner utilisent la pesée de feuilles d'or appliquées à la surface des circonvolutions.

1870. Calori décompose la surface apparente du cerveau en figures géométriques régulières mesurables, puis mesure la profondeur des sillons par la méthode des Wagner.

1875. Jensen reprend la méthode des Wagner en utilisant par économie des feuilles d'étain.

1910. Henneberg opère sur des cerveaux formolés. L'emploi de ce fixateur rend le cerveau plus résistant aux manipulations que jadis, mais la technique reste à peu près celle de Calori.

1914. Aresu utilise la méthode des Wagner, remplaçant l'or par l'argent et la pesée des feuilles par un dosage chimique. L'examen d'un cerveau demande encore cent quarante heures.

1916. Tramer débite le cerveau en tranches d'épaisseur connue, détermine sur chacune le périmètre avec un curvimètre et construit sur cette donnée des rectangles dont il apprécie la surface au papier millimétrique. Il semble bien que Tramer ait essayé là une intégration expérimentale analogue à celle qui sera proposée plus loin. Mais l'auteur est astreint à une technique longue et sujette à des causes d'erreur.

1926. M. Leboucq (de Gand) débite le cerveau durci au formol en ses cinq lobes, bourre avec de l'ouate hydrophile les sillons débarrassés de leur pie-mère, puis complète le durcissement dans du formol glucosé. La pièce rincée est portée dans de la liqueur de Fehling dédoublée et bouillante. Il se forme à sa surface une belle couche rouge brique d'oxyde cuivreux dont on débarrasse au scalpel les tranches de section pour ne la laisser subsister qu'à la surface des sillons et circonvolutions. Puis on plonge la pièce dans l'acide nitrique qui dissout l'oxyde cuivreux. Dans cet acide nitrique, on dose le cuivre par un procédé colorimétrique. On a d'ailleurs prélevé avant le bain d'acide nitrique des échantillons de cortex de surface connue, dont le cuivre est dosé séparément. Une règle de trois donne alors la surface totale du cerveau.

Cette technique représente un gros progrès sur celles qui l'ont précédée. Elle est bien plus rapide. M. Leboucq l'exécute en douze heures pour un hémisphère. Mais c'est une méthode délicate, très minutieuse. « Si la pièce n'a pas été bien lavée, ou si l'on a oublié au fond d'un sillon un morceau d'ouate, si petit soit-il, il se produit une réduction au sein du liquide, qui se trouble, devient vert sale, puis brun rouge, et un précipité d'oxyde de cuivre se dépose irrégulièrement à la surface de la pièce. Dans ces conditions, celle-ci ne vaut plus le temps que l'on passerait à en faire l'analyse. »

La méthode utilisée dans le présent travail est rapide. Elle demande environ une heure pour les deux hémisphères. Elle est d'exécution facile et ne demande que de l'attention, à l'exclusion de toute habileté technique. Un préparateur soigneux l'exécute impeccablement après un apprentissage d'une demi-journée.

Le principe est une intégration expérimentale analogue à celle qui a servi antérieurement à l'un de nous pour apprécier le volume des ventricules et des noyaux opto-striés. L'exposé de la méthode comporte certains développements mathématiques, mais sa réalisation n'exige d'autres opérations que la mesure des longueurs, l'addition et la multiplication.

Donnons-en d'abord une justification par l'analyse. On essaiera ensuite de l'expliquer en ne faisant appel qu'à des notions de géométrie tout à fait élémentaires.

*
**

Il y a deux surfaces cérébrales : la *surface apparente*, celle du cerveau qui vient d'être retiré de la boîte crânienne, avant toute dissection ou toute section ; et la *surface vraie*, celle que l'on obtient en tenant compte de l'existence des sillons et des circonvolutions, la surface du cerveau supposé dépliée.

Soit d'abord à mesurer la surface apparente (fig. 1).

Soit H un hémisphère, O le plan tangent au pôle occipital, P un plan variable parallèle à O à une distance x . Le plan P détermine sur le cerveau une section dont le périmètre a une longueur l variable avec x , et mesurable au curvimètre. Nous appelons l le périmètre apparent, celui qui correspond à la surface apparente et non le périmètre vrai (lequel tiendrait compte des sillons et des circonvolutions). La surface apparente est en somme l'enveloppe de la surface vraie, et le périmètre apparent l'enveloppe du périmètre vrai.

Dans ces conditions, la surface apparente est donnée par la formule bien connue :

$$s = \int_0^{OF} l dx$$

F étant le plan tangent au pôle frontal, parallèle à O.

La réalisation pratique de cette intégration ne souffre aucune difficulté. L'hémisphère étant durci au formol, il est débité en tranches macroscopiques d'épaisseur uniforme, assez nombreuses pour que la précision soit suffisante, pas trop nombreuses pour ne pas allonger inutilement le temps de l'expérience. Chez

l'homme, par exemple, on peut donner aux tranches l'épaisseur de 14 millimètres, ce qui représente 11 mesures de l , plus 2 mesures nulles correspondant à O et à F.

On peut intégrer la fonction l par la méthode graphique, portant les x en abscisses et les l en ordonnées, puis pesant la courbe représentative découpée. Mais on peut aussi renoncer à cette complication (recherche d'une exactitude inutile si l'on tient

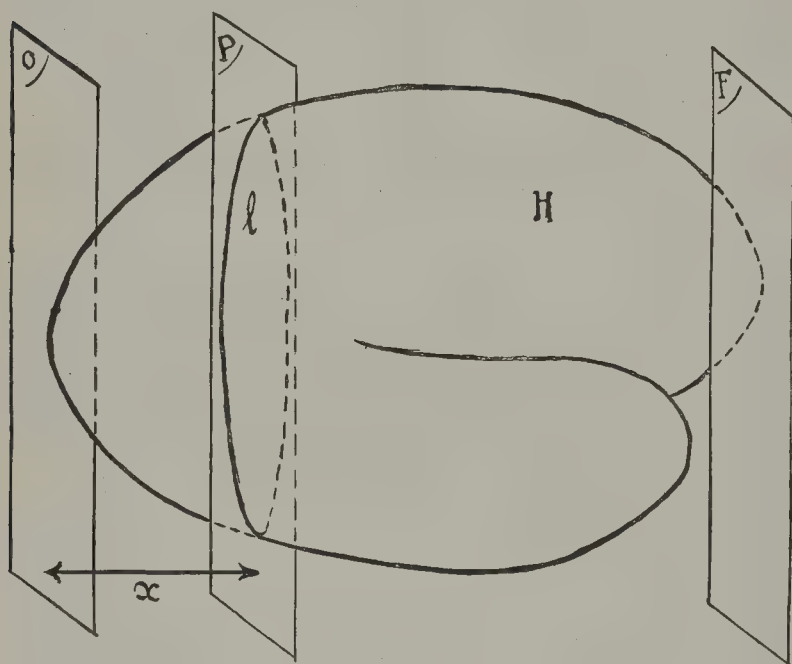


FIG. 1

compte des causes matérielles d'erreur expérimentale) et utiliser simplement la formule d'intégration des trapèzes qui devient ici

$$s = e (l_1 + l_2 + \dots)$$

e étant l'épaisseur des tranches pratiquées.

Venons-en maintenant à la recherche de la surface vraie S , surface du cerveau supposé déplié. *A priori*, on peut hésiter à lui appliquer la même technique de mesure qu'à la surface apparente. En effet, la surface vraie est faite surtout de lignes de rebroussement qui traduisent une discontinuité extrême de nature à faire craindre l'impossibilité d'une intégration. En réalité, le nombre très grand des discontinuités aboutit dans l'en-

semble à une continuité, comme cela est fréquent dans le monde physique. Si par exemple nous appelons L le périmètre vrai d'une section, nous constatons que chez un individu donné le rapport

$$\frac{L}{l}$$

varie peu d'une section à l'autre. Or s'il varie, c'est de façon continue du pôle frontal au pôle occipital. Par exemple, on a :

	$\frac{L}{l}$	
	1 ^{er} sujet	2 ^e sujet
Section 1	2,2	3
— 2	2,3	3,1
— 3	2,2	2,6
— 4	2,3	2,5
— 5	2,4	2,6
— 6	2,4	2,3
— 7	2,5	2,1
— 8	2,3	2,1
— 9	2,1	2,1

Si bien que L se présente en moyenne, en tant que résultat statistique, comme le produit de l par une fonction continue qui peut même se réduire à une constante. Si bien qu'on peut légitimement intégrer le périmètre L mesuré au curvimètre.

Là encore on utilise la formule des trapèzes :

$$S = e (L_1 + L_2 + \dots)$$

*
**

SANS FAIRE INTERVENIR LES MATHÉMATIQUES SUPÉRIEURES, on peut raisonner comme suit.

Il y a deux surfaces cérébrales : *la surface apparente*, celle du cerveau qui vient d'être retiré de la boîte crânienne, avant toute dissection ou toute section ; et *la surface vraie*, celle que l'on obtient en tenant compte de l'existence des sillons et des circonvolutions, la surface du cerveau supposé déplié.

Soit d'abord à mesurer la surface apparente (fig. 2).

Soit H un hémisphère. Découpons-le en 12 tranches par 11 traits de couteau parallèles, la distance entre deux traits de couteau consécutifs étant e . Chaque trait de couteau détermine une section de l'hémisphère de surface P_1, P_2, \dots, P_{11} , et de périmètre l_1, l_2, \dots, l_{11} .

Les périmètres peuvent être mesurés expérimentalement avec un instrument très simple, le curvimètre, qui sert à mesurer les distances sur les cartes.

Cherchons à évaluer par exemple la surface totale de la seconde tranche, comprise entre P_1 et P_2 . Cette surface totale est celle d'un faux tronc de cône et comprend les deux surfaces de section, P_1 et P_2 , plus la surface extérieure de la seconde tranche.

D'autre part, cette surface totale de la deuxième tranche est évidemment (comme le montre la figure) plus grande que celle

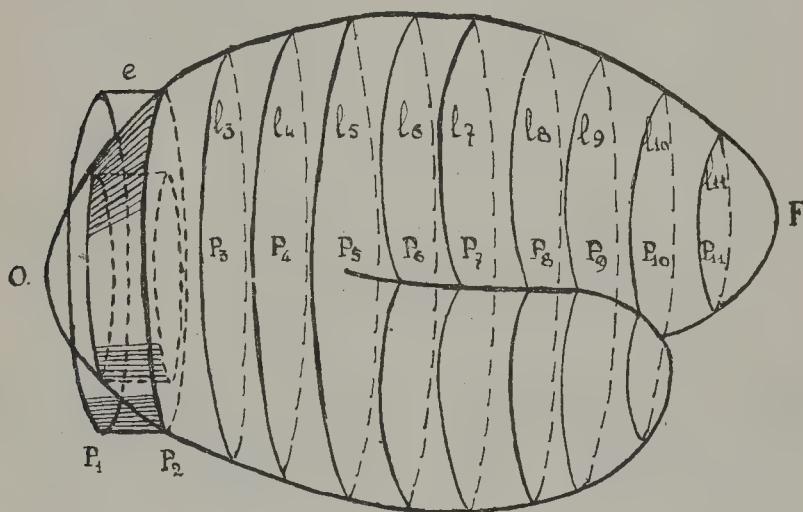


FIG. 2

du cylindre droit de base P_1 et de hauteur e . Or la surface totale de ce cylindre comprend la surface des deux bases (deux fois P_1) plus la surface latérale, produit du périmètre de base par la hauteur (soit el_1) ; donc, au total : $2 P_1 + el_1$.

Mais la surface totale de la deuxième tranche est évidemment (comme le montre la figure) plus petite que celle du cylindre droit de base P_2 et de hauteur e , laquelle est mesurée par $2 P_2 + el_2$.

On a donc, de la surface totale de la deuxième tranche, une valeur par défaut :

$$2 P_1 + el_1$$

et une valeur par excès :

$$2 P_2 + el_2$$

On peut *approximativement* la considérer comme égale à la moyenne de ces valeurs, soit :

$$P_1 + P_2 + e \frac{l_1 + l_2}{2}$$

$$= P_1 + P_2 + \text{surface externe de la 2}^\circ \text{ tranche.}$$

D'où : surface externe de la 2^e tranche $= e \frac{l_1 + l_2}{2}$.

On peut évaluer de même la surface externe de toutes les tranches. Il n'y a de difficultés particulières que la première et la douzième tranche. Là, il faut considérer que l'une des bases se réduit à un point, le pôle occipital ou le pôle frontal. Le périmètre d'une des bases est nul, et on a *approximativement* :

$$\text{Surface externe de la 1}^\text{re} \text{ tranche} = e \frac{l_1}{2}$$

$$\text{Surface externe de la 12}^\text{e} \text{ tranche} = e \frac{l_{11}}{2}$$

Ecrivons toutes ces valeurs les unes au-dessous des autres :

$$\text{Surface externe de la 1}^\text{re} \text{ tranche} = e \frac{l_1}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 2^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_1 + l_2}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 3^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_2 + l_3}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 4^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_3 + l_4}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 5^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_4 + l_5}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 6^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_5 + l_6}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 7^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_6 + l_7}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 8^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_7 + l_8}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 9^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_8 + l_9}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 10^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_9 + l_{10}}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 11^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_{10} + l_{11}}{2}$$

$$\text{Id.} \quad 12^\circ \text{ tranche} = e \frac{l_{11}}{2}$$

En additionnant membre à membre, le premier membre devient la somme des surfaces externes des tranches, c'est-à-dire la surface externe (apparente) s de l'hémisphère. Il vient donc :

$$s = e(l_1 + l_2 + l_3 + l_4 + l_5 + l_6 + l_7 + l_8 + l_9 + l_{10} + l_{11})$$

Pour apprécier la surface vraie S de l'hémisphère, il faudra mesurer, non plus le périmètre apparent l des sections, mais bien le périmètre vrai L , c'est-à-dire suivre au curvimètre les replis de la substance grise le long des sillons dans tous leurs détails. Des périmètres vrais on déduit la surface vraie d'après l'équation (analogue à la précédente) :

$$S = e(L_1 + L_2 + L_3 + L_4 + L_5 + L_6 + L_7 + L_8 + L_9 + L_{10} + L_{11})$$

*
**

Mais il n'est même pas besoin de suivre ces raisonnements pour arriver à mesurer la surface d'un hémisphère cérébral. Il suffit d'appliquer à la lettre les manœuvres très simples ci-dessous décrites.

On laisse durcir le cerveau dans le formol au dixième pendant plusieurs semaines. Puis, les hémisphères sont séparés (par la section classique) et chacun d'eux est successivement traité.

Tout d'abord, sans aucune dissection de la pie-mère ni du cortex, on place l'hémisphère considéré dans un macrotome.

Celui-ci est une gouttière en bois de section rectangulaire. Les parois opposées sont percées de fentes parallèles équidistantes, de 14 millimètres en 14 millimètres. Dans ces fentes on peut introduire le couteau plat manié de la main droite, tandis que la main gauche maintient l'hémisphère dans la gouttière.

On place l'hémisphère, couché sur sa face interne, dans le macrotome en le disposant de façon que le premier coup de couteau tangente le pôle occipital et le dernier le pôle frontal. Puis, on passe soigneusement le couteau de fente en fente et on débite le cerveau en un certain nombre de tranches (une douzaine en général).

Il s'agit maintenant d'apprécier pour chaque section le périmètre apparent et le périmètre vrai. Pour cela, on sèche sommairement chaque tranche et on la transporte dans une boîte de bois très plate, dont la hauteur intérieure est précisément égale à 14 millimètres. Puis on recouvre le tout d'un papier huilé que vient tendre un cadre de bois. Sur ce papier huilé, on peut promener le curvimètre et mesurer commodément les périmètres. Bien entendu, il ne faut pas suivre toute la périphérie de la sec-

tion, mais seulement la partie de cette périphérie où existe de l'écorce cérébrale. Pour le périmètre vrai, il faut être très attentif à bien descendre puis remonter les sillons dans leurs moindres détails.

On agit de même pour chaque section (s'il y a 12 tranches, il y a 11 sections) de chaque hémisphère et l'on obtient un tableau analogue au suivant.

HÉMISPHERE DROIT		HÉMISPHERE GAUCHE	
Périmètres apparents en cm.	Périmètres réels en cm.	Périmètres apparents en cm.	Périmètres réels en cm.
0	0	0	0
16	27	18	36
20	61	24	55,5
26	66	29,5	61,5
25	67	30	75
26	61,5	25	67
23	63	27	73
28	63	28,5	75
27	62	28	79
24	58	25	67
21	42	22	44
19	39	16,5	43
0	0	0	0
255	609,5	273,5	676,0
$\times 1,4$	$\times 1,4$	$\times 1,4$	$\times 1,4$
1020	2438 0	994 0	2704 0
255	6095	2735	6760
357 cm ² ,0	853 cm ² ,30	372 cm ² ,90	946 cm ² ,40

On fait la somme des périmètres, on multiplie cette somme par l'épaisseur des tranches, en l'espèce 1,4, et l'on obtient ainsi la surface de l'hémisphère.

Les surfaces diffèrent en général peu d'un hémisphère à l'autre. Il est donc plus commode de considérer la surface apparente totale (ici $357 + 373 = 730 \text{ cm}^2$) et la surface vraie totale (ici $853 + 946 = 1.799 \text{ cm}^2$).

Enfin il est souvent intéressant de considérer le *coefficient de plissement*. On peut appeler ainsi le rapport de la surface vraie à

la surface apparente. Ici, il est de $1.799 : 730 = 2,5$, ce qui signifie que le plissement a pour effet de multiplier par 2,5 la surface apparente du cerveau.

En anatomie comparée, quand il s'agit d'animaux beaucoup plus petits que l'homme, il faut avoir un macrotome et un cadre de mesure à l'échelle du cerveau à étudier, mais le principe reste exactement le même.

II. La surface du cerveau chez l'homme

Nous avons mesuré d'abord la surface cérébrale chez des sujets normaux, c'est-à-dire chez des sujets adultes mais non séniles, autant que possible décédés d'accidents aigus (hémorragie traumatique, perforation d'ulcus gastro-duodénal, etc.). Ces sujets n'avaient pas présenté non plus d'arriération mentale et auraient été considérés par un éducateur comme normalement intelligents.

Voici les résultats obtenus :

	Surface vraie	Surface apparente	Coefficient de plissement
	—	—	—
Européen	2.060 cm ²	760 cm ²	2,7
Européen	2.040 —	700 —	2,9
Européen	1.868 —	776 —	2,4
Européenne . . .	1.868 —	708 —	2,6
Noir	1.832 —	697 —	2,6

On voit qu'il existe une marge de 1/10 environ dans laquelle viennent se placer les différentes valeurs obtenues. S'agit-il de différences liées aux différences intellectuelles des sujets ou au contraire de variations purement fortuites ? La seconde hypothèse paraît plus probable. Pour étayer la première, il faudrait avoir pu longuement apprécier le comportement des sujets dans la vie courante, condition qui est loin d'être réalisée. Et d'ailleurs il ne faut tenir compte que des différences intellectuelles très poussées.

On peut donc établir sans scrupules une moyenne et présenter en première approximation les caractères suivants pour le cerveau humain normal.

Surface vraie : 1.930 cm².

Surface apparente : 730 cm².

Coefficient de plissement : 2,65.

*
**

A l'état pathologique, il est particulièrement intéressant d'examiner la surface cérébrale chez les arriérés, idiots (incapables d'apprendre le langage parlé), imbéciles (incapables d'apprendre le langage écrit) et débiles (incapables de s'élever au-dessus des rudiments de l'instruction primaire).

Il est des cas d'arriération où la réduction de la surface cérébrale est le fait de lésions grossières, porencéphalies, agénésies lobaires, etc. Ces cas sont ici laissés de côté. Bien plus intéressants sont ceux où le cerveau se présente avec un aspect sensiblement normal. On soupçonne alors un développement imparfait des circonvolutions, mais c'est affaire d'impression plutôt que de constatation positive. Nous avons pu examiner la surface du cerveau dans cinq cas d'arriération mentale plus ou moins prononcée, et où l'aspect du cerveau ne présentait pas à première vue d'anomalies profondes.

	Surface vraie	Surface apparente	Coeff. de pl.
Débilité mentale ♂..	1.663 cm ²	668 cm ²	2,5
Débilité mentale ♀..	1.656 —	677 —	2,4
Débilité mentale ♀..	1.610 —	700 —	2,3
Imbécillité ♂	1.308 —	526 —	2,5
Idiotie ♂	1.264 —	644 —	2,0

On voit par ce tableau que dans tous les états d'arriération la surface vraie du cerveau est nettement abaissée, et cela d'autant plus que l'arriération est plus profonde.

Cette diminution de la surface cérébrale peut être liée à deux types de modifications : soit à un abaissement sensiblement proportionnel de la surface apparente, le coefficient de plissement restant voisin de la normale ; soit encore à un abaissement important du coefficient de plissement, la surface apparente n'ayant pas subi d'amoindrissement dans la même proportion que la surface vraie.

Cette diminution de la surface vraie du cerveau, constante chez les arriérés, confirme numériquement un fait pressenti depuis longtemps. Elle peut avoir éventuellement une importance médico-légale : si à l'autopsie d'un sujet adulte on trouve une surface cérébrale vraie, de l'ordre de 1.300 cm² par exemple, on peut sans risque d'erreur affirmer qu'il s'agit du cadavre d'un arriéré.

En résumé, chez l'homme adulte, la surface vraie du cerveau constitue une base physique mesurable de l'intelligence.

III. La surface du cerveau et le volume de la substance grise en anatomie comparée

La considération de la surface vraie des hémisphères cérébraux peut aussi aider à la recherche d'une base physique mesurable de l'intelligence dans la série des vertébrés, alors que jusqu'ici les recherches ont plutôt porté sur le poids du cerveau.

**

La première idée qui puisse venir à l'esprit, en effet, c'est de classer les animaux par le poids de leur cerveau. On obtient alors une liste telle que : Baleine, Eléphant, Homme, Bœuf, Marsouin, Gorille, Chien, Mouton, Porc, Chat, Lapin, qui évidemment ne rend pas du tout compte de la hiérarchie intellectuelle des divers animaux.

En réalité, ranger les espèces par poids cérébral revient à les ranger par poids corporel, les animaux particulièrement intelligents, tels les Primates, gagnant quelques échelons. Aussi la Baleine et l'Eléphant ont-ils un poids encéphalique supérieur à celui de l'Homme, le Bœuf à celui du Gorille, le Mouton à celui du Chat.

Il est donc logique d'avoir recours au poids relatif de Cuvier, c'est-à-dire au rapport « poids de l'encéphale/poids du corps ». Cela conduit au classement suivant : Belette, Souris, Homme, Chimpanzé, Marsouin, Chat, Chien, Lapin, Mouton, Porc, Cheval, Bœuf.

On voit que maintenant les animaux ont un rang d'autant meilleur qu'ils sont plus petits, les animaux supérieurs, tels les Primates, gagnant des rangs. Mais là encore, le classement obtenu diffère profondément de l'échelle vraie des intelligences.

**

Donc, si on considère le poids absolu seulement, les gros animaux sont avantagés. Si on considère le poids relatif, ce sont les petits. Il est donc probable qu'on obtiendra un meilleur résultat en comparant le poids de l'encéphale E au poids du corps C élevé à une puissance comprise entre 0 et 1.

Brandt a essayé de déterminer mathématiquement cette puissance en admettant que, à intelligence égale, un animal a un développement encéphalique proportionnel non à son poids, mais à sa surface. Or cette surface est proportionnelle au carré de la racine cubique du volume et le volume à peu près proportionnel au poids. La surface serait donc proportionnelle à

$$\sqrt[3]{C^2} = C^{2/3} = C^{0,66}$$

Il faudrait donc chercher une base physique de l'intelligence dans le rapport

$$\frac{E}{C^{0,66}}$$

Eugène Dubois a repris la recherche de l'exposant de C de façon purement expérimentale. Il choisit des couples d'espèces animales analogues physiquement et intellectuellement. Par exemple un Singe de grande espèce et un de petite espèce, un Lion et un Chat, etc... Si x est la puissance cherchée de C dans le rapport, on doit avoir pour chaque couple :

$$\frac{E}{C^x} = \frac{E'}{C'^x}$$

ou

$$\text{Log } E - x \log C = \log E' - x \log C'$$

et

$$x = \frac{\log E - \log E'}{\log C - \log C'}$$

Dubois pratiqua ses recherches sur sept couples, et chaque couple lui donna une valeur de x comprise entre 0,54 et 0,58, soit en moyenne 0,56. Cette concordance expérimentale est tout à fait remarquable et (bien que rien ne justifie théoriquement l'exposant 0,56) il n'est pas douteux que, si l'on recherche une base physique mesurable de l'intelligence en partant du poids du cerveau, il y a intérêt à utiliser le rapport $\frac{E}{C^{0,56}}$ rapport que

Dubois appelle le *coefficient de céphalisation*.

Voici le classement auquel on arrive par la considération de ce coefficient : Hommes, Cétacés, Chimpanzé, Cheval, Bœuf, Chat, Chien, Mouton, Porc, Lapin.

Cette liste présente certes moins d'erreurs flagrantes que les deux précédentes. En particulier, elle flatte notre vanité d'espèce en nous plaçant en tête. Il est cependant certain qu'elle n'est pas entièrement satisfaisante.

Par exemple, les cétacés ne paraissent pas mériter le rang qui

leur est assigné. Legendre pense que cela est dû à la grande épaisseur de myéline de leurs axones. Nous verrons plus loin que cette explication n'est probablement pas la seule possible.

Autre imperfection : les coefficients de céphalisation du Cheval et du Bœuf dépassent largement ceux du Chien et du Chat, ce qui ne paraît vraiment pas en rapport avec une supériorité intellectuelle : on admettrait plutôt le classement inverse. M. Lapicque fait remarquer que l'œil, et par conséquent les fibres de la vision, sont beaucoup plus développés chez les Equidés et les grands Ruminants que chez les Canidés et les Félidés. La supériorité cérébrale des Ruminants sur les Canidés serait donc purement visuelle. Cela est possible, mais cela semble démontrer que le coefficient de Dubois ne constitue qu'une base physique imparfaite de l'intelligence.

D'ailleurs la considération de certains couples de Chiroptères amène à abandonner l'exposant 0,56 qui n'aurait donc pas une signification générale.

*
**

Il paraît vraisemblable que les résultats seront difficilement tout à fait satisfaisants tant qu'on fera entrer dans l'expression de la base cherchée le poids de l'encéphale. En effet, selon la remarque de Manouvrier, les éléments pondéraux de l'encéphale sont de deux ordres :

1° des éléments en relation avec des fonctions somatiques grossières, sensibles, sensorielles, motrices, neuro-végétatives, etc... Ces éléments doivent être à peu près proportionnels à une puissance fractionnaire du poids du corps.

2° des éléments en relation avec le développement de l'intelligence et dont la mesure pourrait fournir une grandeur utilisable pour le calcul de la base.

Or, même chez l'Homme, les éléments somatiques sont certainement très importants, pondéralement, par rapport aux éléments intellectuels puisqu'ils comprennent les fibres de projection (qui forment bien la moitié du centre ovale) plus la couche optique et le noyau caudé.

Le poids encéphalique, qui nous est accessible, est donc la somme de deux termes dont le somatique, le plus grand numériquement, varie avec le poids du corps selon une loi qui, si elle existe, est à coup sûr complexe.

Il semble donc qu'un progrès serait réalisé si les mesures s'adressaient seulement aux éléments intellectuels du cerveau. Quels sont ces éléments ?

Ils comprennent à peu près certainement les faisceaux blancs d'association, faisceaux longitudinaux et corps calleux, dont il paraît difficile d'apprécier rapidement l'importance relative. Mais ils comprennent surtout l'écorce cérébrale, dont le développement varie en liaison étroite avec la surface cérébrale. Aussi est-il intéressant de considérer cette surface dans la série animale.

*
**

Nous avons mesuré la surface vraie du cerveau chez un certain nombre d'animaux domestiques adultes, Chien, Chat, Cheval, Bœuf, Porc, Mouton, Lapin. Nous avons pu examiner de plus, en Méditerranée, le cerveau d'un Marsouin capturé au large de Port-Cros. Enfin, M. le Pr. Anthony a bien voulu mettre à notre disposition l'immense collection de cerveaux du Laboratoire d'Anatomie Comparée du Muséum. Pour des raisons qui seront indiquées plus loin, nous n'en avons pu utiliser qu'un, celui d'une femelle de Chimpanzé.

Voici le résultat de ces mesures :

Homme	1.930 cm ²
Marsouin	1.591 —
Bœuf I	798 —
Cheval	767 —
Bœuf II	758 —
Chimpanzé	697 —
Chien I	289 —
Porc I	261 —
Mouton I	257 —
Mouton II	220 —
Chien II	173 —
Porc II	147 —
Chat I	81 —
Chat II	76 —
Lapin	27 —

Les résultats sont absolument comparables à ceux que fournit le poids encéphalique : les animaux sont classés par ordre de grosseur, les Primates gagnant quelques rangs. La Baleine et l'Eléphant, autant qu'on puisse s'en rendre compte par une simple inspection, ont une surface cérébrale supérieure à celle de l'Homme.

*
**

On peut se demander si le coefficient de plissement ne serait pas caractéristique de l'espèce et covariant à l'intelligence. Voici comment s'ordonnent ces coefficients :

Marsouin	4,2	
Homme	2,65	
Chimpanzé	2,6	
Cheval	2,4	
Bœuf I	2,4	} moyenne : 2,3.
Bœuf II	2,2	
Mouton I	2,3	} moyenne : 2,25.
Mouton II	2,2	
Porc I	2,2	} moyenne : 2,05.
Porc II	1,9	
Chien I	1,8	} moyenne : 1,75.
Chien II	1,7	
Chat I	1,8	} moyenne : 1,7.
Chat II	1,6	
Lapin	1,2	

Comme on le voit, le coefficient de plissement paraît bien constant dans chaque espèce animale, mais cette liste ne représente en rien l'échelle intellectuelle des animaux familiers. Le coefficient de plissement du Marsouin apparaît vraiment extraordinaire. Il est tel pourtant. Ce fait est-il dû à ce que le profil hydrodynamique de l'animal comporte un encéphale de volume relativement faible, donc très plissé ? Cela est possible, mais ce point nécessite de plus amples recherches.

On peut ainsi essayer d'établir la surface relative, c'est-à-dire le quotient de la surface vraie du cerveau par le poids du corps, en d'autres termes, le nombre de centimètres carrés d'écorce cérébrale par kilogramme d'animal.

Voici ce que l'on obtient :

Marsouin	35 cm ² par kg.
Homme	30 —
Chat	25 —
Porc	22 —
Cheval	19 —
Chien	19 —
Bœuf	17,5 —
Chimpanzé	16 —
Lapin	9 —
Mouton	4 —

Là encore, on constate que le rapport est constant dans chaque espèce, mais que le classement offert est encore plus fantaisiste que précédemment.

*
**

Il semble bien que la considération de la surface corticale ne soit pas susceptible de servir de point de départ à la recherche d'une base physique mesurable de l'intelligence. On est donc tenté de considérer non plus la surface, mais bien le *volume* de la substance grise du cortex cérébral, volume dont la mesure est grandement facilitée par la connaissance préalable de la surface.

Cependant Danilewski (1880) a proposé une technique (d'ailleurs très imprécise) qui déterminait le volume de la substance grise par la méthode hydrostatique, en tenant compte de la différence de densité qui existe entre la substance grise et la blanche.

Anton (1903) et Jaeger (1910) ont déterminé sur coupes le rapport volumétrique entre substance grise et substance blanche à l'aide du planimètre, appareil mathématique de mesure des aires.

Dahlberg (1923), toujours par la méthode planimétrique, met en moyenne de vingt à vingt-quatre jours pour effectuer la mesure d'un cerveau entier.

Käppers (1926) a déterminé par pesée, non pas le volume, mais le poids de la substance grise, quantité en quelque mesure liée au volume. Mais on devine quelle somme de travail représente ainsi l'examen d'un cerveau entier.

Si au contraire on connaît la surface vraie de l'écorce cérébrale, il est très facile d'obtenir son volume : il suffit de multiplier la surface par l'épaisseur moyenne de la substance grise, déterminée par une dizaine de mesures directes effectuées en divers points des deux hémisphères, en s'assurant seulement qu'en ces points le trait de couteau est bien perpendiculaire à l'écorce. Voici les chiffres obtenus :

	Epaisseur moyenne	Volume
Homme	3 mm.	579 cm ³
Marsouin	1,5 —	239 —
Cheval	3 —	230 —
Chimpanzé	3 —	209 —
Bœuf I	2,2 —	176 —
Bœuf II	2,2 —	167 —
Chien I	1,8 —	52 —
Mouton I	1,8 —	46 —

	Épaisseur moyenne	Volume
Mouton II	1,8 —	40 —
Porc	1,5 —	40 —
Chien II	1,7 —	29 —
Chat I	1,5 —	12 —
Chat II	1,5 —	11 —
Lapin	0,75 —	2 —

Ce classement diffère encore grossièrement de l'échelle admise des intelligences. Comme pour le poids total de la surface, on retrouve ici seulement l'ordre de grandeur du corps des animaux, les Primates améliorant leur rang à cause de leur importante prééminence intellectuelle.

Mais on peut opérer ici comme précédemment, c'est-à-dire chercher le volume relatif de la substance grise, le rapport du volume mesuré au poids du corps. En d'autres termes, voyons combien de centimètres cubes de substance grise corticale par kilogramme d'animal chaque espèce possède. On arrive au tableau suivant :

Homme	8,9 cm ³ par kg.	
Marsouin	5,3 —	
Chimpanzé	4,7 —	
Chat I	3,8	} moyenne : 3,8.
Chat II	3,8	
Chien I	3,3	} moyenne : 3,3.
Chien II	3,3	
Mouton I	0,8	} moyenne : 0,75.
Mouton II	0,7	
Cheval	0,6 —	
Lapin	0,6 —	
Bœuf I	0,4	} moyenne : 0,4.
Bœuf II	0,4	
Porc	0,3 —	

Ce classement apparaît immédiatement comme bien plus satisfaisant que tous ceux que nous avons étudiés jusqu'ici, le rang du Marsouin mis à part. Pourtant le reste, non seulement l'ordre est correct, mais encore les coefficients numériques sont chacun d'un ordre de grandeur qui satisfait l'idée que nous nous faisons du degré d'intelligence des divers animaux. Il est très remarquable, en particulier, de voir le Chien et le Chat arriver *ex æquo* ou à peu près, alors que le comportement de ces deux compagnons de l'homme, pour différent qu'il soit, les montre d'intelligence à peu près égale.

Reste le cas du Marsouin. « Serait-ce un méconnu ? » nous demandait avec humour M. Leboucq. Il ne paraît pourtant pas probable que le Marsouin soit plus intelligent que le Chimpanzé, puisqu'en somme il mène une vie assez analogue à celle du Requin, Sélacien dont le coefficient serait vraisemblablement encore au-dessous de celui des Mammifères inférieurs. Il semble donc que l'échelle soit ici nettement en défaut. Des recherches ultérieures apparaissent indispensables sur ce point.

On peut aussi estimer que le Lapin est nettement avantagé par rapport au Porc et surtout au Bœuf. Une opinion digne de foi nous a pourtant certifié que le Lapin est susceptible d'une certaine éducation. Mais il n'en reste pas moins certain qu'il est critiquable d'utiliser le poids total de l'animal lorsqu'il s'agit d'un Porc ou d'un Bœuf menés à l'abattoir, car on pense bien que le régime de ces animaux a précisément eu pour but de fausser cette donnée essentielle. On incorpore ainsi au dénominateur du coefficient une masse de graisse qui ne fait pour ainsi dire pas partie de l'animal. M. Anthony nous disait : « On ne se pèse pas avec son pardessus. » Si bien que le poids vrai de l'animal apparaît comme d'une connaissance presque impossible à atteindre.

C'est pour cette raison que nous n'avons pas encore pu utiliser les pièces du Museum, car le poids d'un animal mort en captivité est radicalement différent du poids de l'animal libre. A Paris surtout, les animaux exotiques maigrissent. S'ils se reproduisent, la race devient misérable et est entachée de grosses perturbations morphologiques. Si nous avons pu examiner un cerveau de Chimpanzé et rapporter les chiffres à son poids, c'est qu'il s'agissait d'une superbe femelle récemment arrivée et morte d'infection puerpérale aiguë.

Il y aurait évidemment intérêt à rapporter les mesures effectuées sur le cerveau au poids d'un organe représentatif de la partie active du corps. Manouvrier a proposé le fémur ; mais les animaux en captivité présentent d'importantes lésions osseuses, et d'autre part le fémur peut prendre une importance plus grande dans tel type squelettique ou au contraire s'atrophier, justement comme chez les Mammifères marins dont l'intérêt paraît ici si grand. Ch. Richet a utilisé le poids du foie ; Parrot celui du cœur. Mais ces organes peuvent présenter des lésions ou des hypertrophies : ils peuvent en particulier se charger de graisse, et nous retombons dans les incertitudes qui rendent le poids total peu utilisable.

Il y a donc lieu de poursuivre la recherche d'une grandeur proportionnelle au poids activement innervé et cette recherche

paraît pouvoir réussir. On pourra par exemple utiliser le poids de la moelle épinière qui paraît représenter assez fidèlement l'importance de l'innervation à participation intellectuelle nulle ou minime. On possédera alors un dénominateur plus rationnel que celui qui a servi jusqu'ici dans la recherche d'une base physique mesurable de l'intelligence dans la série animale.

Conclusions

La méthode de l'intégration expérimentale permet d'obtenir rapidement et sûrement la surface vraie de l'écorce cérébrale.

Chez l'Homme, cette surface est nettement moindre chez les arriérés que chez les individus normaux, et cela d'autant plus que l'arriération mentale est plus prononcée.

En Anatomie comparée, il faut avoir recours à la considération du volume cortical, obtenu en multipliant la surface de l'écorce par son épaisseur moyenne. Le rapport « volume cortical/poids du corps » paraît traduire la hiérarchie intellectuelle des Vertébrés domestiques mieux que les critères proposés jusqu'ici. En améliorant l'évaluation de son dénominateur, on peut espérer trouver une base physique mesurable de l'intelligence.

LES APTITUDES INTELLECTUELLES SPÉCIALES CHEZ LES INSTABLES ⁽¹⁾

PAR

JADURGA ABRAMSON

1. La mémoire chez les instables ⁽²⁾

MÉMOIRE DES MOTS SÉPARÉS. — Nous avons examiné plusieurs variétés de mémoires et avons obtenu des indices différents suivant les modalités des mémoires envisagées. Ainsi, les données de l'épreuve des 15 mots séparés désignant des objets concrets disparates (test étalonné par Claparède en Suisse) se présentent comme une courbe de Gauss classique et sont comparables à celles obtenues sur des enfants normaux d'après l'étalonnage de Claparède (3). Dans le test en question, il s'agit d'éléments isolés, la consigne étant de les réciter dans n'importe quel ordre. Or, les instables s'y montrent équivalents aux enfants normaux (Graph. I).

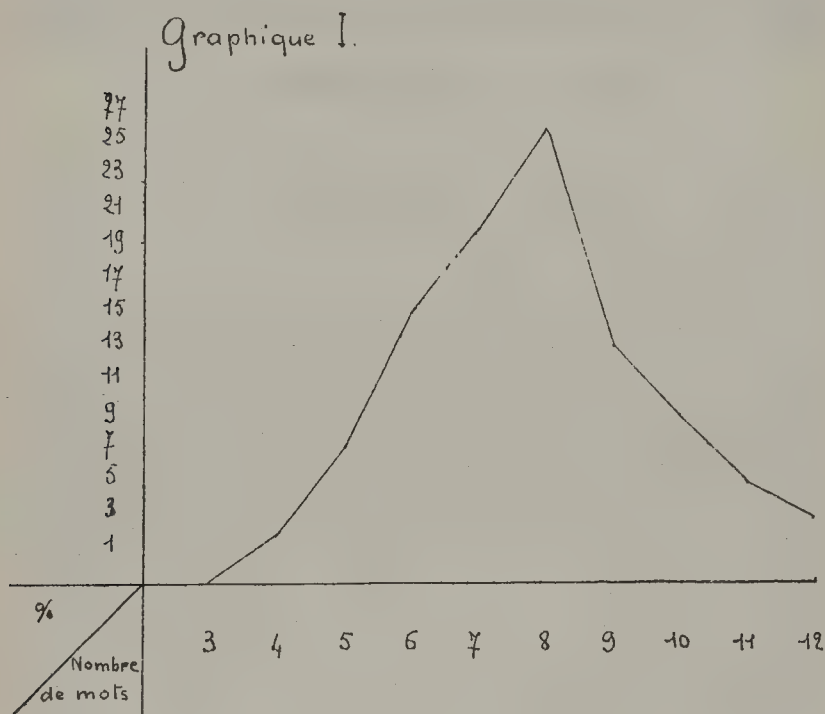
MÉMOIRE DES PHRASES. — Par contre, dans l'épreuve de la mémoire des phrases contenant une ou deux pensées simples, on relève des données bien caractéristiques pour différencier l'enfant instable. La phrase de Binet-Simon de 26 syllabes, plutôt trop facile pour des enfants normaux de 15 ans, n'est répétée sans erreur par des instables psycho moteurs de 15 ans et au-dessus que dans 10 % des cas à peine. On note des transpositions des mots, surtout celle des adjectifs ; on note en deuxième lieu des omissions et des confusions d'adjectifs ; donc, réduction ou

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, juin 1937.

(2) Les enfants auxquels nous avons appliqué les tests de « profil mental » étaient âgés de 13 à 17-18 ans. La plupart avaient 15, 16 et 17 ans.

(3) Voir CLAPARÈDE : *Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers*. Paris, Flammarion, 1924, p. 257.

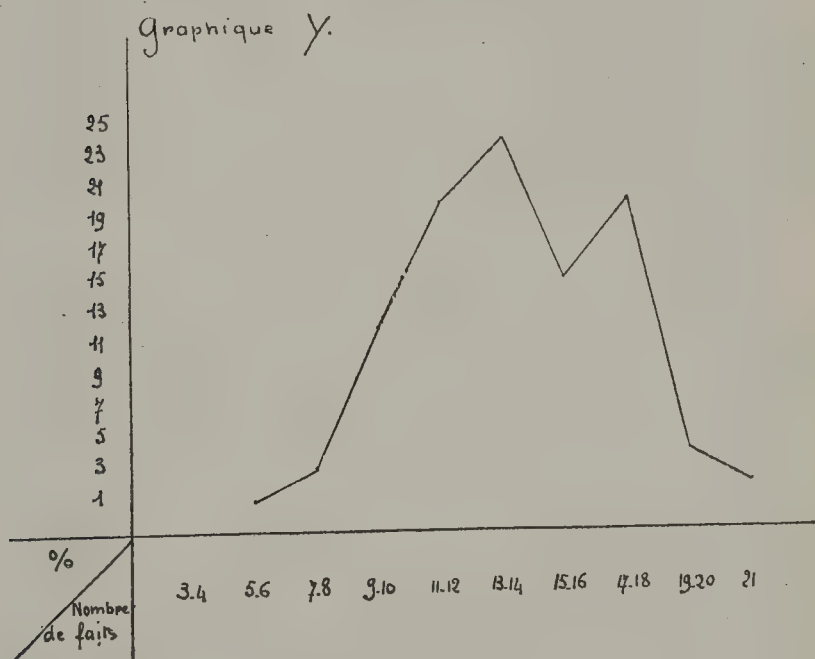
confusion des parties les moins essentielles pour la compréhension globale. Là encore, nous marquons cette difficulté d'évoquer un ensemble ordonné qu'on constate chez tous les déficients de l'intelligence.



MÉMOIRE DES RÉCITS. — La courbe de la mémoire des récits (test de faits divers de Binet-Simon) est dispersée et demande à être interprétée. Suivant la consigne de Terman, nous n'avons pas tenu compte de l'ordre des faits reproduits mais uniquement de leur nombre. On sait que Binet et Simon ont éliminé ce test de leur échelle de 1911. Terman l'a repris et étalonné en Amérique. D'après cet étalonnage, un enfant moyen de 10 ans doit pouvoir évoquer 8 faits. Or, les enfants instables que nous avons examinés sont plus âgés et le nombre des faits évoqués doit être supérieur à 8 (11 faits en moyenne pour 11 ans, 14 pour 12 ans, 17 pour 13 ans, 21 pour 14 ans et 25 pour 15 ans) (1). En effet, 41 % d'enfants instables se sont rappelés 15 à 21 faits, mais 15 %

(1) Voir J. ABRAMSON : l. c., *Hygiène Mentale*, 1928, p. 146 (N° 6).

n'ont évoqué que 5 à 10 faits. Notre courbe montre surtout que cette mémoire est irrégulière, comme les autres manifestations de l'activité intellectuelle des instables (Graph. Y). Leur mémoire des faits est avant tout inexacte, ce qui est bien caractéristique pour ces déficients de l'attention et de la persévérance. Ainsi, on relève des inexactitudes dans 34 % des cas, notamment plusieurs inexactitudes dans 5 %, deux inexactitudes dans 5 % et une



inexactitude dans 24 % des cas. Bien entendu, ces inexactitudes portent surtout sur les dates et sur les nombres, c'est-à-dire sur les éléments donnant des précisions à l'idée globale. Or, pour relever ces éléments, il faut une concentration de l'attention plus grande que celle qui est nécessaire à se rappeler et à évoquer des faits bruts.

MÉMOIRE DES MOTS COUPLÉS. — Dans la courbe des 15 mots couplés de cause à effet ces caractères de dispersion sont encore beaucoup plus marqués. Les instables confondent souvent les mots induits et les couplent d'une façon bien arbitraire. Ils retiennent ainsi beaucoup de mots isolés sans savoir les coupler d'une façon logique. 23 % d'enfants seulement ont su coupler

correctement 12 à 14 paires et il n'y avait qu'un seul instable sur 100 qui ait réussi à coupler les 15 mots (instable du type paranoïaque) ; 12 % n'ont complété que 1 à 5 couples (Graph. K). Si nous comparons ces chiffres avec ceux obtenus sur des enfants normaux non sélectionnés entre 13 ans et 15 ans (1), on voit combien les instables d'âge correspondant leur sont inférieurs au point de vue mémoire logique.

Ainsi, plus nous nous approchons des faits ordonnés et enchaînés logiquement, plus les résultats sont dispersés et irréguliers. Ces données semblent être un indice en plus de ce que la mémoire de fixation n'est pas inférieure chez les instables et que les troubles ne se manifestent que dans la mémoire d'évocation, et surtout dans la mémoire de localisation. Or, ces deux étapes sont en rapport étroit avec l'attention et nous allons voir combien cette dernière est déficiente chez l'enfant instable.

MÉMOIRE DES IDÉES. — L'objet à mémoriser est-il du domaine de la réflexion, s'agit-il d'évoquer des idées plus ou moins abstraites, surtout s'agit-il des jugements d'ordre moral, leur déficience est éclatante. Il en est ainsi, par exemple, de la pensée d'Hervieu qui donne un maximum d'échecs (90 % d'échecs chez des instables ayant résolu plusieurs tests d'adultes).

MÉMOIRE DES OBJETS CONCRETS. — Par contre, la mémoire des objets concrets donne des chiffres supérieurs à ceux obtenus sur des enfants normaux (2). Nous avons éprouvé cette forme de mémoire à l'aide de 12 objets dessinés sur un carton. L'enfant devait les réciter 20 secondes après les avoir nommés ; il devait les énumérer une deuxième fois après avoir détaillé la place et la position de chaque objet, et après avoir comparé ces objets avec ceux du premier carton, où ils étaient plus ou moins changés et différemment placés. Les enfants normalement disciplinés savent évoquer d'habitude plus d'objets à la deuxième fois qu'à la première (2 à 4 objets en plus). Cette progression dans le nombre des objets évoqués à la deuxième fois est cependant loin d'être régulière chez l'instable. Dans 11 % des cas, ce nombre est inférieur à celui de la première évocation, et dans 2 % inférieur de 4 et de 5 objets ! Dans 18 % des cas, le nombre est le même à la première et à la deuxième évocation ; autrement dit : absence de progression dans 31 % des cas. Dans 17 % des cas, nos enfants

(1) Voir J. ABRAMSON : l. c., *Hygiène Mentale*, 1928, p. 147.

(2) Voir : *L'Hygiène Mentale*, 1928, p. 146.

se rappellent la deuxième fois un objet en plus, par rapport à la première. Une progression semblable à celle qu'on trouve chez les enfants normaux d'âge correspondant n'est notée que dans 50 % des cas, c'est-à-dire dans la moitié seulement. Par contre, on note une progression énorme de 5 objets de la première à la deuxième évocation dans 2 % des cas. Cette irrégularité dans les réponses n'est-elle pas un indice important des troubles et des oscillations excessives de l'attention chez les instables ?

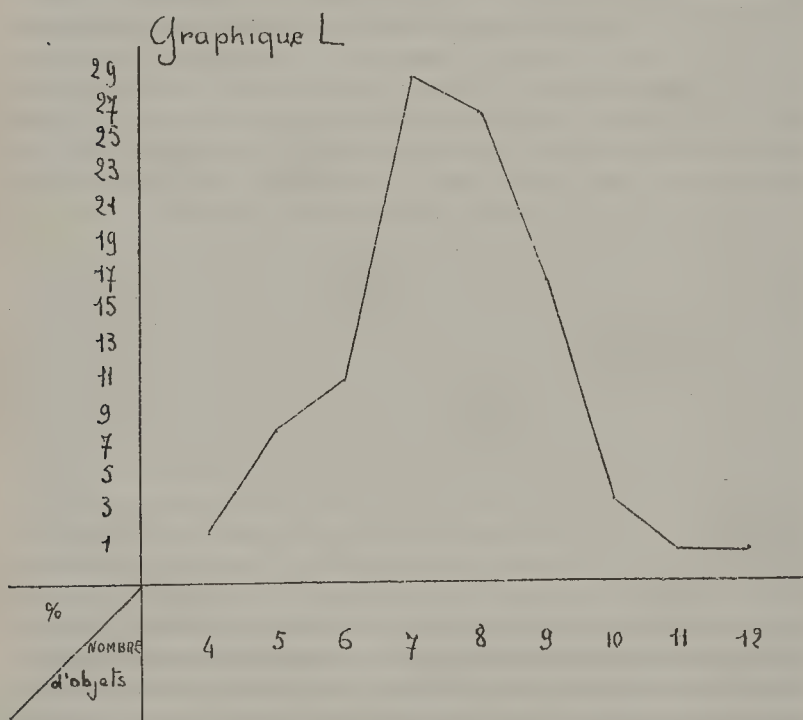
Pourtant, le nombre brut d'objets évoqués 20 secondes après



la première énumération donne un barème régulier. Aussi, la courbe est-elle une courbe en cloche presque classique (Graph. L). D'une façon générale, les chiffres sont légèrement supérieurs à ceux obtenus sur les enfants non sélectionnés d'âge correspondant. En effet, 51 % d'instables ont su évoquer 9 à 12 objets (sur 12), et il n'y avait que 21 % qui ne savaient se rappeler que 5 à 6 objets.

MÉMOIRE DES CHIFFRES. — La mémoire des chiffres donne des résultats très inférieurs à ceux obtenus par un étalonnage portant sur des enfants à discipline mentale normale. C'est, en effet, le test de mémoire simple où l'on note le plus grand nombre d'échecs. Chez les psychomoteurs purs, il est souvent le seul non réussi à un âge donné (à 8 ans, 88 % d'échecs ; à 15 ans, on note encore chez les psychomoteurs, chez les épileptoïdes, paranoïaques ou pervers 50. % d'échecs).

MÉMOIRE DES DESSINS. — La mémoire des dessins est également déficiente. Nous constatons, dans le test des deux dessins de mémoire de Binet-Simon de l'âge de 10 ans, des échecs dans 84 % des cas d'instables psychomoteurs ayant un niveau intellectuel global égal ou supérieur à 10 ans. Ces échecs sont moins fréquents dans les autres types d'instabilité. L'épreuve est réussie dans la mesure où l'enfant est capable de se concentrer sur ces



deux dessins durant une dizaine de secondes. La durée d'exposition est cependant suffisamment longue pour une reproduction de mémoire de ces deux dessins très simples. Cette durée est, d'autre part, suffisamment courte pour ne pas dépasser les limites de distractibilité des enfants de 10 ans et au-dessus.

En résumé, la mémoire brute et élémentaire, notamment celle de fixation et de conservation, ne paraît pas être déficiente chez les instables, et on y note les mêmes différences individuelles que chez les enfants normaux. A mesure que l'objet à mémoriser devient plus abstrait ; à mesure que l'évocation et surtout la localisation des souvenirs exigent une ordonnance des faits,

qu'on n'obtient que par un effort d'attention ; à mesure qu'elles exigent une liaison logique, c'est-à-dire un effort de réflexion, cet acte révèle des défaillances en rapport avec l'insuffisance de l'attention et de la réflexion.

2. L'observation chez les instables

OBSERVATION DES OBJETS CONCRETS. — Qu'en est-il de leur aptitude à observer ? La courbe de l'observation portant sur le nombre et le détail d'objets concrets indique des chiffres plutôt supérieurs à ceux obtenus sur des enfants normaux non sélectionnés de 8 ans à 18 ans, sur lesquels nous avons basé l'étalement du test. Si nous comparons les barèmes obtenus sur ces derniers (1) avec ceux de nos instables psychomoteurs, paranoïaques, pervers ou émotifs d'âge correspondant, nous constatons une supériorité marquée chez les instables. En effet, 77 % des sujets se classent dans le quartile supérieur au médian. Par contre, le quartile médian, ayant chez les normaux le plus grand nombre de représentants, ne compte que 7 % des cas. Voilà encore un fait qui caractérise d'une façon frappante le rendement en zig-zag des instables chez lesquels les hauts et les bas prédominent.

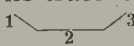
Si les instables sont plus doués au point de vue observation concrète, il faut cependant noter que les différences plus fines dans les objets leur échappent. Ainsi, l'ouverture du cadenas n'a été remarquée que dans 22 % des cas. La brèche de l'assiette n'a été aperçue que très rarement. Donc, l'aptitude à observer est plutôt globale et elle touche à la mémoire brute (les instables observent surtout les différences grossières : en haut — en bas, à droite — à gauche, sens inverse). Ainsi, même s'il s'agit d'objets concrets, leur perception n'est pas détaillée, c'est-à-dire l'objet exploré n'est pas analysé dans ses parties constituantes.



Cependant, c'est encore dans le domaine des représentations visuelles-spatiales que les instables se retrouvent le mieux, et le plus à l'aise, ainsi que nous l'avons constaté dans la partie de ce travail consacré à l'intelligence générale. Nous avons par ailleurs une preuve négative de ce fait dans les renseignements que nous donne l'interrogatoire des parents de ces enfants. Il est en effet curieux de constater que dans 90 % des cas environ,

(1) Voir J. ABRAMSON : « Le profil mental ». *L'Hygiène Mentale*, 1928, p. 152.

les instables psychomoteurs de 10 ans, de 11 ans, même de 12 à 14 ans, manifestent encore une peur enfantine, ou un fort malaise, quand ils se trouvent dans l'obscurité ; chez les normaux cela est plutôt rare à cet âge (1). Nous constatons ainsi chez les instables un intérêt prépondérant pour l'observation de ce qui est concret, visuel et spatial.

Pourtant, dans ce domaine d'intérêts prédominants, leurs perceptions sont distraites, fragmentaires et incomplètes. Ce fait est tout à fait frappant quand on voit certains instables psychomoteurs dessiner de mémoire (par exemple les deux dessins de Binet-Simon de l'âge X). Souvent les instables ne commencent pas par reproduire le grand cadre du premier des deux dessins en question, comme le font d'habitude les enfants à discipline mentale normale, mais ils tracent tout d'abord les trois traits dans l'ordre indiqué :

 , puis ils complètent le rectangle intérieur

 , ensuite ils dessinent les deux traits symétriques du bas (4 et 5). Le grand cadre est fait tout à fait à la fin, comme si l'instable n'avait pas de schéma mental avant de commencer son dessin, et comme si ce schéma ne se développait qu'au fur et à mesure que la main traçait les lignes. Ce procédé est moins frappant pour le deuxième dessin, mais fréquemment les instables psychomoteurs commencent par dessiner la périphérie droite d'en haut () et ils complètent le dessin après. Aussi, se trompent-ils souvent (dans 65 % des cas d'enfants ayant résolu plusieurs tests de 10 ans et au-dessus).

Cette perception distraite, fragmentaire et incomplète est encore plus marquée quand il s'agit de faits plus complexes. On constate dans ces cas-là qu'elle est, en plus, détachée de l'ensemble complexe dont elle fait partie, les réponses aux questions de compréhension et de réflexion nous l'ont déjà montré. C'est de cette déficience que nous paraissent être responsables certaines étourderies et les « coq-à-l'âne » si fréquents chez les instables. Ainsi de l'étourderie de cet instable de 14 ans qui, en observant l'image de Binet-Simon représentant deux vieillards sans abri, nous dit : « Le vieux monsieur est mort et la femme... le console. » L'enfant a observé, d'une part, le geste de sollicitude

(1) Le même fait se confirme dans un autre domaine, celui de la motricité. Dans le chapitre sur le développement moteur des instables psychomoteurs, nous verrons que ces enfants perdent encore souvent leur équilibre à l'âge de 7 ans, de 8 ans et de 9 ans dès qu'ils ferment les yeux, tandis que les enfants à discipline mentale normale savent déjà remplacer les perceptions visuelles absentes par des images mentales.

de la femme, et, d'autre part, il a remarqué l'attitude d'immobilité ressemblant à la mort chez l'homme. Les deux attitudes ont été enregistrées d'une façon découpée et détachée de l'ensemble, et cela a donné lieu à deux interprétations indépendantes et contradictoires d'une façon flagrante, sans que l'enfant s'aperçût de ce non-sens.

Un autre exemple de cette dispersion nous est fourni par la petite dictée du Certificat d'Etudes Primaires : « En se promenant au bord de la rivière une petite fille est tombée à l'eau ; le chien de mon voisin l'a sauvée. » On est étonné de voir que les instables qui connaissent déjà la règle de l'accord du participe, écrivent souvent : en « ce » promenant. Il est évident que dans leur distraction ces enfants ne saisissent pas le rapport entre « se » et « promener » et ils prennent « ce » dans son sens absolu, c'est-à-dire détaché de l'ensemble dont il fait partie.

Nous avons déjà noté dans le chapitre sur l'intelligence générale l'observation juste des comportements d'autrui : gestes, mimique, paroles et répliques ; la compréhension des situations concrètes et simples ; l'aptitude à relever les lieux communs pour les utiliser à propos, de même que l'intuition du rôle à jouer. Mais, si l'observation, la compréhension et l'adaptation sont rapides, elles sont superficielles et éphémères, prisonnières du moment présent et des intérêts momentanés. Dès que la situation observée comporte des rapports plus complexes, les instables la fractionnent souvent et l'interprètent comme si elle se composait de parties indépendantes les unes des autres, c'est-à-dire sans lien avec l'ensemble, car ils ne font que rarement un effort d'attention et de synthèse assez grand et assez durable pour saisir des rapports objectifs et logiques plus complexes.

Nous constatons donc dans ce domaine des aptitudes en ce qui concerne l'observation intuitive concrète et l'assimilation simple ; nous marquons parallèlement une déficience quant à la concentration, à la confrontation, à l'ordonnance, c'est-à-dire quant à l'élaboration de ces mêmes faits saisis intuitivement.

3. L'imagination chez les instables

IMAGINATION VISUELLE. — Pour éprouver l'imagination visuelle, nous avons étalonné le test de la tache d'encre chez les enfants normaux de 8 à 18 ans (1). En comparant les barèmes obtenus

(1) J. ABRAMSON : *Journal de Psychologie*, 1926, p. 374 et suiv.

sur ces derniers avec ceux des instables d'âge correspondant, nous constatons un phénomène inverse à celui marqué pour l'observation concrète et statique. Cependant, le quartile médian est ici plus fréquemment représenté. Presque la moitié de nos instables se placent dans les quartiles inférieurs et très inférieurs au médian — 47 % des cas ; le quartile médian a 36 % de représentants ; le quartile supérieur au médian est représenté par 13 % des cas, et il n'y a que 4 % d'enfants particulièrement imaginatifs.

Nous avons trouvé la même répartition dans l'interprétation des gravures. Elle est souvent très pauvre, surtout chez l'instable psychomoteur, qui a l'air de ne s'intéresser nullement à ce qu'il voit sur les images. Les trois gravures de Binet-Simon, à sujets dramatiques, ne trouvent point d'écho chez lui : « Le vieillard traîne une voiture », ou « transporte des affaires ». Le mot de déménagement est rarement prononcé. La misère de la situation est relevée encore plus rarement sur cette image ainsi que sur l'image suivante. Cette dernière gravure est la moins bien comprise et elle se prête à des interprétations aussi saugrenues que fausses. C'est encore la troisième qui est la mieux comprise. « Etre enfermé » et « être en prison » sont des faits vécus assez proches de ses intérêts personnels d'enfant fugueur et aimant la liberté. Les images de Terman, présentant des situations plus ordinaires, se prêtent mieux à des interprétations justes, sauf la quatrième (scène de séparation), que les instables interprètent assez médiocrement, surtout les psychomoteurs et les pervers. Les paranoïaques, les épileptoides et les émotifs la comprennent beaucoup mieux. C'est la troisième (le canot) qui provoque d'habitude le plus facilement des interprétations chez les instables, car elle leur rappelle des escapades, des voyages, des pays lointains.

Ainsi, l'imagination visuelle est relativement pauvre, sauf pour les situations qui sont en rapport étroit avec les intérêts et les préoccupations des instables.

L'IMAGINATION VERBALE. — L'imagination verbale n'est pas riche, elle non plus. Dans l'épreuve des 60 mots en trois minutes, nous relevons un nombre considérable d'échecs (57 %). Presque tous les instables (sauf ceux qui sont très intelligents) montrent peu de souplesse dans l'évocation des mots et, dès qu'ils ont énuméré ce qui se trouve autour d'eux et épuisé la série d'animaux, qu'ils évoquent le plus souvent, ils se taisent. Ce sont les paranoïaques et surtout les émotifs qui associent le plus souvent des mots révélant des intérêts plus variés et moins superficiels.

Il en est de même d'un autre test d'imagination verbale : la formation des phrases. C'est encore une épreuve qui donne un pourcentage très important d'échecs dans tous les groupes d'instables, dans les cas où le niveau général est supérieur à celui où les enfants normaux forment facilement des phrases.

L'instable est tout aussi médiocre dans la recherche des rimes. On sait que Terman a descendu le test des mots qui riment de l'âge XV à l'âge IX. Il est en effet facile pour 9 ans et est réussi par 75 % d'enfants normaux. Chez les instables, les réussites sont beaucoup moins fréquentes, car nous ne relevons à cet âge que 34 % de réponses correctes. Il est cependant le plus facile de tous les tests d'imagination dont nous nous sommes servis. C'est que, même pour cette épreuve facile, une intuition rapide ne suffit pas, l'entourage immédiat ne fournit pas les éléments nécessaires, comme dans le test d'association verbale (60 mots en trois minutes). Le sujet est obligé tout d'abord de chercher dans son expérience personnelle et dans ses connaissances, il doit ensuite faire un choix, c'est-à-dire, il est forcé de fournir un effort pour trouver des mots rimant avec celui qui lui est donné, et les instables d'un niveau intellectuel de 10 ans, de 11 ans, de 12 ans, même de 15 ans y échouent, surtout des psychomoteurs et ceux à tendances perverses. Comme dans les autres épreuves exigeant un effort d'attention, ce sont les paranoïaques qui le réussissent plus fréquemment que les instables des autres groupements.

Si nous envisageons l'imagination sous sa forme plus complexe, celle qu'on déploie dans une rédaction, elle se montre encore bien plus insuffisante. Nous avons éprouvé cette dernière forme d'imagination en faisant écrire aux enfants l'histoire de leur vie. Or, les instables y sont très inférieurs aux enfants normaux du même âge et du même niveau intellectuel. Dans 67 % des cas, les récits des grands garçons non débiles se composent de petits faits : les maladies, les déplacements et les emplois. Seuls les émotifs et surtout les paranoïaques (s'ils veulent se livrer) prennent une attitude caractéristique et personnelle. Chez la plupart des instables psychomoteurs, les faits ne sont même pas enchaînés chronologiquement. Aussi, le récit de leur vie ressemble-t-il le plus souvent à celui de tout jeunes enfants qui n'ont encore qu'une vague notion du temps et qui ne savent même pas encore localiser les événements.

Faut-il conclure que l'instable est dépourvu d'imagination ? Nous nous garderions bien de l'affirmer, et ceci pour plusieurs raisons. La plus importante est celle-ci : les tests que nous avons

employés pour éprouver l'imagination demandent tous une grande part de bonne volonté, même un désir de collaboration de la part du sujet testé. L'enfant doit vouloir se soumettre à la consigne de l'examineur en faisant un effort, en se donnant de la peine et en cherchant de bien faire ce qu'on lui demande de faire. Ceci est le cas pour le test des 60 mots, pour les rimes, pour la formation des phrases, mais aussi pour le test de la tache d'encre, pour l'interprétation des images et pour les rédactions, c'est-à-dire pour tous les tests d'invention que nous avons à notre disposition. Or, ce sont là des qualités qui manquent à l'instable. Foncièrement indiscipliné, il ne sait pas faire un effort ; il n'aime pas se soumettre à ce qui est exigé du dehors. Il n'est disposé qu'à se laisser aller aux impressions passagères du moment ; il se détourne instinctivement de tout ce qui est imposé et peu familier, de tout ce qui l'oblige à se mettre en frais. Dans sa vie fruste il n'a ni désir, ni besoin de suivre une consigne, de chercher, c'est-à-dire de s'appliquer, de se fixer et de persévérer dans son désir de trouver soit des mots, soit des phrases, soit des images et, si on l'exige, il se retire et se tait. Il se peut que si on lui présentait des épreuves plus attrayantes, demandant moins d'effort, et surtout des épreuves qui auraient un rapport plus étroit avec ses intérêts, il s'en tirerait mieux. Nous verrons que dans ses mensonges il est aussi imaginaire que les autres enfants. Ses goûts d'escapade témoignent d'une certaine imagination. Il est cependant certain que, mis dans les mêmes conditions que l'enfant à discipline mentale normale et comparé avec ce dernier, l'instable lui est inférieur et, quoi que nous trouvions pour expliquer cette insuffisance de l'invention dans des conditions réglées du dehors, il n'en reste pas moins patent qu'en fait l'imagination des instables paraît moins féconde que celle des enfants normaux d'un âge correspondant. L'instable est capable de faire un effort d'invention pour trouver des éléments nouveaux là où il s'agit de se tirer d'affaire, de se disculper ou même de rendre sa situation plus avantageuse, c'est-à-dire là où ses intérêts et son affectivité entrent en jeu. Encore faut-il que cet effort soit de courte durée et que la jouissance soit immédiate. Là où il ne voit pas d'intérêt immédiat (ce qui équivaut pour lui à absence d'intérêt), ce déficient de l'effort s'en dispense, d'autant plus que l'incitation à faire cet effort lui vient du dehors et d'une source qui lui est étrangère.

Nous aboutissons toujours à une déficience essentielle chez l'instable, à celle qui se manifeste par une inaptitude à *soutenir un effort d'attention et de persévérance dans les conditions*

réglées par une situation sociale, sans intérêt subjectif et sans jouissance immédiate.

4. L'attention chez les instables

Les instables sont des inattentifs, il ne peut pas y avoir de désaccord sur ce point. Aussi cette attribution, qui n'est que la simple constatation d'un fait, mérite-t-elle d'être examinée de plus près, ceci d'autant plus que presque tous les travaux sur l'instabilité, peu nombreux il est vrai, ont tendance à placer le défaut d'attention au centre même du problème. S'il en était ainsi, l'étude de l'attention et de son mauvais fonctionnement chez l'instable serait à même de nous donner la clef pour la compréhension de sa mentalité. Le problème que nous envisageons est cependant loin d'être aussi simple et, pour tâcher d'y mettre un peu de clarté, il faut que nous nous y arrêtions un peu plus longuement.

Tout d'abord, si les instables sont des inattentifs (et encore ne le sont-ils pas tous de la même façon), les inattentifs ne sont pas toujours des instables, c'est-à-dire les deux termes inattention et instabilité ne se couvrent pas. En plus, le problème de l'attention étant un des plus compliqués en psychologie, il est loin d'être résolu et, malgré quelques ouvrages de valeur sur ce problème, on n'est pas encore d'accord sur ce que c'est un acte d'attention.

ATTITUDES ATTENTIVES CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE.
— Nous prendrons quelques exemples très simples d'attitudes attentives chez de jeunes enfants, cela nous permettra d'en dégager les éléments. Le jeune enfant est attiré par chaque fait nouveau qui vient solliciter son esprit mobile. Ainsi, un petit garçon est en train de jouer avec un soldat de plomb qu'il a trouvé sur la table, ou avec un autre objet qu'il a sous la main. L'objet l'intéresse et il l'explore jusqu'au moment où une nouvelle personne, ou une bête entrent dans son champ de vision, retiennent son attention en le détournant de l'objet qui l'a sollicité tout à l'heure et il l'abandonne sans retard. Une petite fille joue avec sa poupée ; elle est assise à califourchon sur un siège qui avance en cédant aux mouvements involontaires provoqués par l'ardeur du jeu. La petite fille abandonne sa poupée et fait avec son siège le tour de la chambre en s'imaginant qu'elle réalise une

petite excursion en automobile. Ces actes d'attention sont déclenchés par des stimulus extérieurs et durent un temps plus ou moins long, suivant les individualités enfantines, suivant leur âge et surtout suivant leurs intérêts du moment. Le rapport entre l'attention infantile et ses intérêts dominants, d'une manière générale, son affectivité, est le premier fait qui frappe celui qui veut examiner son attention. Les intérêts de l'enfant devenant moins dispersés, le temps durant lequel il sait persévérer dans la même occupation ou dans le même jeu — les deux se confondent chez le tout jeune enfant — ce temps croît avec l'âge, suivant certains expérimentateurs.

ATTENTION ET DISTRACTION. — On a essayé de mesurer le temps durant lequel un enfant d'un âge donné sait persévérer dans le même jeu sans s'en distraire. Nous trouverons de beaux barèmes portant sur ce problème dans le livre de Ch. Bühler. D'après les statistiques de Ch. Bühler (1) et de ses collaborateurs, ce temps augmente avec l'âge, et on note un bond considérable entre 4 ans et 6 ans. Un enfant de 5 à 6 ans est capable de jouer au même jeu durant plus d'une heure et demie. Son effort d'inhibition, c'est-à-dire son aptitude à ne pas se laisser détourner par des distractions venant le solliciter durant le jeu, augmente dans les mêmes proportions. Le fait se traduit par le nombre décroissant de distractions auxquelles il cède durant un même jeu. Ainsi, ce nombre s'élève encore à 12,4 en moyenne entre 3 et 4 ans ; il se réduit presque à la moitié, c'est-à-dire à 6,7 entre 5 et 6 ans, d'après les barèmes de Ch. Bühler (2). Nous voyons ainsi que dès l'âge préscolaire l'enfant normal commence à apprendre à inhiber, c'est-à-dire à faire un effort pour ne pas se laisser distraire par d'autres intérêts momentanés et qu'il fait à ce point de vue des progrès considérables entre 4 et 6 ans, c'est-à-dire avant la scolarité régulière. Bertrand, dans un travail antérieur paru dans l'*Année Psychologique* (3), est arrivé aux mêmes conclusions. De même, Van Alstyne (cité par Helen Shacter), trouve que l'intensité de l'effort d'attention durant un jeu devient double entre 3 et 5 ans (« attention span of play material double »). Cependant, d'après les données expérimentales plus récentes publiées par H. Shacter (4), cette intensité de l'effort d'atten-

(1) Charlotte BÜHLER : « Kindheit und Jugend », p. 116.

(2) Voir *L. c.*, p. 117.

(3) BERTRAND : Contribution à l'étude psychologique de l'enfant. *An. Ps.*, 1925, p. 156-158.

(4) H. SHACTER : *Journ. of Gen. Psych.*, 1933, p. 362 et suiv.

tion (span of attention) ne varierait pas sensiblement entre 3 et 5 ans.

Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne l'enfant normal entre 3 et 5 ans et ses progrès dans l'aptitude à persévérer en s'opposant aux distractions, quoi qu'il en soit de son aptitude à faire un effort d'inhibition pour continuer son jeu, il est incontestable que jusqu'à 4-5 ans il est plus ou moins incapable de diriger son attention sur une tâche d'une certaine durée, surtout si elle est exigée du dehors et si elle ne présente pas d'intérêt immédiat. Ce n'est que vers 5-6 ans qu'il commence à se faire aux exercices imposés et sans jouissance instantanée. A cette époque commence la séparation entre l'effort d'attention et l'intérêt immédiat et naturel. Ainsi, l'enfant normal sait « se fixer » sur des activités libres ; déjà entre 2 ans et 4-5 ans, il sait persévérer dans le même jeu en inhibant de plus en plus longtemps. Par contre, les actes d'attention dirigée du dehors et créés par imitation et par intérêt plus ou moins artificiel, les actes d'attention plus ou moins indépendants de la jouissance immédiate, n'apparaissent que plus tard. Ce n'est que vers 5-6 ans que le « jeu » commence à faire place au « travail », qu'à la place des intérêts naturels et immédiats, on peut créer des intérêts plus lointains.

Or, pour que l'enfant comprenne qu'il lui faut renoncer, au moins en partie, à la jouissance immédiate, il faut que son intelligence s'élève à un niveau où il soit capable de se créer des intérêts à terme plus ou moins éloigné. Il faut qu'il ait atteint un niveau intellectuel qui le rende apte à se soumettre à une consigne du « travail ». Un âge biologique de 5-6 ans avec un niveau intellectuel correspondant paraissent être nécessaires, sinon suffisants, à l'avènement de l'attention dirigée vers des intérêts et des jouissances plus ou moins lointains. Dans les jeux, l'enfant se laisse encore guider par ses intérêts et ses jouissances immédiats. Aussi, ses jeux changent-ils fréquemment et au gré de sa fantaisie, mais son aptitude à travailler, c'est-à-dire à se créer des intérêts persévérants et à échéance, peut servir de mesure en ce qui concerne son adaptation sociale.

Ainsi, l'enfant normal d'âge préscolaire ne se « fixe » que dans ses jeux, encore se laisse-t-il très facilement distraire par chaque excitation nouvelle qui vient le solliciter. Dans le premier exemple cité plus haut, l'intensité du stimulus extérieur, sa nouveauté, sa prédominance ont suffi à déplacer l'intérêt, et partant l'attention de l'enfant. Dans le deuxième cas, un peu plus complexe, un stimulus accidentel a évoqué le souvenir d'un plaisir récent. Dans les deux cas, l'intensité du stimulus, sa prédo-

minance, l'intérêt et la jouissance immédiate, suffisent à expliquer le déplacement de l'attention infantile. Au bout de quelques minutes, dont le maximum ne dépasserait pas 8 à 12, selon certains expérimentateurs (H. Shacter, Bridges, Léontiev, etc.), l'enfant de 2 à 4 ans retourne d'habitude à son jeu qu'il vient d'abandonner ; ceci jusqu'au moment où une nouvelle distraction surgit pour lui faire abandonner le soldat de plomb ou la poupée. Comme si, en accueillant une nouvelle impression, qui devient à son tour prédominante, l'enfant se voyait obligé de tourner le dos à l'ancienne. Son attention est ainsi bien fragile, s'il se laisse distraire par toute nouvelle excitation qui vient du dehors.

Il y a plus. L'enfant d'âge préscolaire qui joue modifie son jeu fréquemment, même sans être distrait du dehors ; il le modifie suivant ses caprices et sans autre but que celui de satisfaire ses désirs momentanés. Il se distrait ainsi non seulement par des excitations venant du dehors, mais aussi par ses désirs capricieux et éphémères. Le deuxième exemple s'approche déjà de ces cas où l'excitation extérieure joue un rôle bien faible.

Nous reviendrons encore sur le problème de la distractibilité chez l'enfant, nous voulons seulement souligner ici le fait que cette grande distractibilité — phénomène normal chez l'enfant jusqu'à 3 à 4 ans — diminue avec l'âge et qu'entre 4 et 5 ans, l'enfant normal commence déjà à s'opposer aux distractions et à persévérer dans le même jeu, s'il est fortement intéressé par lui, comme l'ont montré les statistiques de Ch. Bühler et de ses collaborateurs (1).

Ainsi, on observe chez l'enfant d'âge préscolaire le plus souvent des actes d'attention provoqués par des stimulus momentanés extérieurs ou intérieurs et prenant fin avec chaque nouvelle excitation ou avec chaque nouveau désir momentané. Cependant, on constate déjà, entre 3 et 5 ans, quelques ébauches d'actes d'attention dirigée par des intérêts naturels ou instinctifs, mais les intérêts qui les déclenchent sont moins immédiats. Ces actes se manifestent tout d'abord dans ses jeux.

ATTENTION ET INTÉRÊT A TERME. — Ces jeux-exercices accompagnés d'un effort d'inhibition le préparent au « travail » proprement dit, c'est-à-dire à des exercices exigeant des actes d'attention dont l'intérêt et la jouissance sont de plus en plus différés. Cette aptitude à faire un effort — effort d'inhibition au début, effort de fixation ensuite — est un fait marquant dans l'évolu-

(1) Ch. BÜHLER : *l. c.*, p. 115.

tion psychique de l'enfant entre 3 et 5 ans ; elle fraye le chemin à l'attention dirigée par des intérêts plus ou moins éloignés ou artificiels. L'enfant devient apte à suivre une classe, à s'appliquer, à se « fixer » sur des activités qui ne sont plus du domaine du jeu, c'est-à-dire de la jouissance immédiate au sens étroit du mot, mais qui sont provoquées par des intérêts moins naturels, plus indirects et plus lointains.

Les conditions du « travail » sont ainsi différentes de celles du jeu. L'enfant d'âge scolaire, ou même l'adulte, se laissent, eux aussi, détourner de leur occupation par une distraction assez forte, mais, en retournant à leur travail, ils reprennent le fil là où ils l'ont laissé, car l'intérêt à terme, le but à atteindre restent latents. La latence du but est ce qui domine dans un acte d'attention dirigée.

ATTENTION DIRIGÉE. — Si nous analysons un acte d'attention dirigée qu'un enfant normal fournissant un « travail » scolaire est capable d'effectuer, nous y relevons les échelons suivants : 1° adaptation à une tâche créée par un intérêt plus ou moins éloigné ; 2° effort d'inhibition par lequel est éliminé tout ce qui ne fait pas partie de cette tâche ; 3° direction de l'effort vers le but à atteindre, et 4° maintien de cet effort, c'est-à-dire plus ou moins grande persévérance dans la poursuite de cette tâche plus ou moins indépendante du moment présent et à échéance plus ou moins différée. Tandis que dans l'acte d'attention primitive provoqué par des intérêts naturels et immédiats on relève surtout l'étape d'adaptation à l'excitation ou au désir présent (« cette adaptation rendant la stimulation prédominante et exclusive et en amenant son amélioration par sa prédominance », Piéron), dans un acte d'attention dirigée, les échelons ultérieurs jouent un rôle décisif. Aussi, son mécanisme est-il bien plus complexe. Le deuxième échelon — l'effort d'inhibition — est la première étape que réussit à franchir un enfant quand il commence à jouer d'une façon suivie.

EFFORT D'INHIBITION. — Or, qu'est cet effort d'inhibition ? Comme tout effort, il est un phénomène psychomoteur. Au signal donné par un stimulus extérieur, par un désir ou un sentiment, il y a arrêt, suspension des mouvements. Ce phénomène de suspension, d'immobilité est la première condition de tout effort d'attention. Aussi, le petit enfant, inapte qu'il est à suspendre volontairement ses mouvements pour quelque temps, est-il incapable de faire un effort d'attention au sens étroit du mot. C'est

cependant grâce à cet arrêt intentionnel qu'il se rend « indépendant des facteurs immédiats » et qu'il est capable « d'orienter électivement l'effort avec une quantité notable d'énergie disponible au service de l'activité prédominante » (Piéron). L'enfant normal commence non seulement à commander à sa motricité, à inhiber ses velléités de mouvements, il apprend en plus à le faire en vue d'une activité intellectuelle ayant un but plus ou moins éloigné, et ceci en suivant un ordre ou un plan déterminé.

ATTENTION A PLUSIEURS CHAÎNONS OU ATTENTION DISTRIBUÉE. — A son entrée à l'école, les aptitudes intellectuelles de l'enfant sont déjà plus ou moins disciplinées ; il commence à apprendre à faire des actes d'attention dirigée plus complexes, c'est-à-dire des actes à deux ou plusieurs chaînons. Ces chaînons semblent être sensoriels au début et provoqués par des intérêts immédiats, mais ils se transforment peu à peu en idées qui remplacent plusieurs symboles sensoriels ; ils deviennent de plus en plus indépendants de l'intérêt et de la jouissance immédiats.

Leontiev, dans un article intéressant paru dans le « *Journal of Genetic Psychology* » (1) sur l'évolution de l'attention « volontaire » chez l'enfant, essaie de nous montrer les étapes à partir des actes d'attention déclanchés par des intérêts immédiats jusqu'à des actes d'attention d'un niveau supérieur. Il nous fait voir comment, entre 8 et 9 ans, l'enfant se sert encore de stimulus sensoriels comme points de repère indispensables à libérer l'effort nécessaire à déclancher des actes d'attention dirigée vers des buts à atteindre. Il nous montre ensuite comment, entre 10 et 13 ans, l'enfant apprend à se passer de ces symboles pour faire un effort d'attention dirigée au sens étroit du mot. Les symboles (chaînons sensoriels) sont remplacés à leur tour par des « tendances qui font leur apparition en connexion avec les symboles et qui augmentent leur énergie » (2). Autrement dit, les auxiliaires sensoriels sont remplacés par des idées ou des réflexions, c'est-à-dire, les chaînons deviennent de plus en plus artificiels et indépendants de l'intérêt immédiat.

On a critiqué cette thèse en disant que Leontiev examine plutôt dans ses expériences l'intelligence des enfants à se servir d'auxiliaires que l'attention à proprement parler. Mais il faut noter tout d'abord qu'il n'existe pas de méthode d'examen de l'attention qui ne fût pas fortement critiquée, et il faut reconnaî-

(1) 1932, p. 52-80.

(2) LÉONTIEV : *l. c.*, p. 57.

tre, à l'appui de la thèse de Leontiev, qu'il est difficile, sinon impossible, d'isoler un acte d'attention dirigée, où entre nécessairement une idée de plan, d'ordre. Un tel acte d'attention est en effet fonction de l'intelligence, comme l'intelligence est fonction de l'attention dirigée vers des buts différés, et les deux évoluent en même temps.

L'attention primitive et l'attention dirigée chez les instables

Qu'en est-il de l'attention primitive et de l'attention dirigée chez l'enfant et chez l'adolescent instables ? Le jeune enfant instable est-il capable d'inhiber, de se fixer et de persévérer dans le même jeu durant une heure et demie sans s'en détourner, comme un enfant normal de 3 à 4 ans ? Est-il capable depuis l'âge de 5-6 ans, comme un enfant normal de cet âge, de s'appliquer, c'est-à-dire de se soumettre à une consigne de « travail » ? Sait-il faire un effort d'inhibition et de persévérance pour s'opposer aux vellétés de jeu et de distraction ? Autrement dit, sait-il se créer des intérêts artificiels sans jouissance immédiate ? Est-il apte à diriger l'énergie libérée par l'effort vers un but plus ou moins lointain ?

Nous n'avons malheureusement pas de barèmes concernant les jeux des instables, mais les observations cliniques ayant trait au comportement de ces enfants à la maison et au jardin d'enfants nous montrent une distractibilité exagérée et une absence parallèle de toute aptitude à faire un effort d'inhibition pour se fixer et pour persévérer dans les jeux. L'enfant instable, turbulent et toujours en mouvement, est incapable de suspendre ses vellétés motrices ; il reste, au point de vue de l'effort d'attention dirigée, au niveau d'un enfant d'âge préscolaire. Dans toutes les observations d'instables, en premier lieu dans celles des psychomoteurs, mais aussi, quoiqu'à un degré moins marqué, dans celles des autres types d'instabilité, on note qu'ils ne savent pas se fixer sur le même jeu, contrairement aux enfants normaux entre 3 et 5 ans.

Ainsi, Jacqueline L. (Obs. I), intelligente et observatrice, qui a des éclairs d'intuition frappants pour son âge (niveau intellectuel très au-dessus de son âge chronologique), ne sait persévérer dans ses jeux au delà de quelques minutes, comme un bébé de un an à un an et demi. De même Jeannot C. (Obs. 2), cet enfant de 6 ans 3 mois (niveau intellectuel équivalant à l'âge chronologique), ne sait pas « se fixer » ni persévérer dans un jeu ; il se divertit comme un bébé de un an qui commence à marcher et dont la plus grande joie est de changer de place et de faire du

bruit. A l'école, il est incapable de suivre la classe car il ne tient compte d'aucune consigne : comme s'il jouait seul, il se lève à chaque instant et au gré de sa fantaisie pour aller prendre des objets appartenant à ses camarades. L'aptitude à inhiber étant très réduite chez les instables, ils ne sont aptes, le plus souvent, qu'à faire des actes d'adaptation et sont le jouet de tout stimulus nouveau, extérieur ou intérieur, qui devient prédominant et exclusif et qui chasse le reste. Le fait se traduit par cette expression si fréquente dans la bouche de ceux qui s'occupent des instables : « ils ne se fixent pas ». L'expression est significative et elle indique que l'instable, surtout le psychomoteur pur, est incapable de prendre cette attitude d'immobilité qui est nécessaire à diriger l'énergie disponible vers le but à atteindre. L'instable psychomoteur remue sans cesse, de tout son corps s'il est debout, des membres s'il est assis. Le plus souvent il ne sait pas rester immobile au delà de quelques minutes. Même à l'âge de 13-14 ans et au-dessus, il est inapte à inhiber ses velléités de mouvement, comme le tout jeune enfant. Nous reviendrons encore sur la question très importante de la motricité. Ce « luxe de mouvements » (1) a été noté à maintes reprises, et c'est cette turbulence incessante qui est la contre-partie fatale de son défaut d'inhibition et de persévérance.

Nous touchons ici à une défaillance essentielle chez l'enfant instable car cette incapacité d'inhiber le rend le plus souvent inapte à diriger son activité. L'attitude d'immobilité, au moins relative, est en effet une condition indispensable dans les actes d'attention d'un niveau supérieur, où l'effort d'inhibition nécessaire à diriger l'énergie accumulée du tonus vers le but à atteindre est considérable. Or, ces actes ne peuvent aboutir qu'à de rares moments où l'instable réussit à s'immobiliser. Mais, à ces moments l'effort d'inhibition pour atteindre l'immobilité est très grand et l'instable, en libérant toute son énergie accumulée en vue de ce gros effort, arrive à un rendement au-dessus de la moyenne. Cette dynamogénie considérable mais rare peut expliquer les réponses si inégales et parfois si brillantes, ainsi que le fait, bizarre en apparence, que souvent il répond mieux aux questions difficiles qu'aux questions plus faciles. C'est cette alternance d'un rendement intellectuel intense et d'une insuffisance de l'aptitude à inhiber et à persévérer, qui produit ce désaccord, cette dysharmonie qui sont si frappants chez les instables.

(1) « Bewegungsluxus » de Landauer.

FATIGABILITÉ ET OSCILLATIONS DE L'ATTENTION CHEZ LES INSTABLES. — Cet effort si considérable nous rend aussi compte d'un autre fait important : de la fatigabilité de l'attention et, partant, des oscillations dans le rendement des instables.

La fatigabilité et les oscillations consécutives sont en effet notées dans les intérêts ainsi que dans le rendement des instables par de nombreux observateurs. Après ces véritables tours de force, la fatigue qui leur succède est un phénomène tout à fait normal. D'autre part, les oscillations dans l'effort d'attention sont décrites par tous les psychologues, expérimentateurs ou non, qui ont étudié la question de l'attention.

Chez les enfants et chez les adultes normaux, la courbe des oscillations, c'est-à-dire des élévations et des baisses alternatives dans le rendement, a une tendance plus ou moins marquée à descendre au fur et à mesure que la fatigue s'accumule. Il n'en est pas de même chez les instables qui donnent des courbes très irrégulières, surtout les psychomoteurs et les épileptoïdes.

Le même phénomène s'observe quand il s'agit de l'exercice et de la répétition. Tandis que, chez les enfants normaux, le rendement s'améliore dans la mesure qu'ils s'exercent, jusqu'à atteindre le maximum, chez les instables (qui n'aiment point ce qui se répète, ni ce qui dure), l'exercice amène souvent un résultat inverse, surtout chez les psychomoteurs purs, mais aussi chez les autres types d'instabilité. La fatigabilité de leurs intérêts, sinon de leurs muscles, se fait jour. Ainsi on note, surtout chez le grand instable psychomoteur, ce fait presque constant : le même test est plus mal exécuté à la répétition de l'épreuve qu'au début. Quand il s'agit, par exemple, de dessiner un losange, il est presque toujours plus mal copié par l'instable psychomoteur à la troisième ou quatrième fois, qu'à la première ou deuxième.

ATTENTION ET NIVEAU D'INTELLIGENCE. — Ces actes d'attention dirigée rares, mais non absents comme chez le grand débile, distinguent l'instable de ce dernier dont l'attention fruste est le jouet de toute excitation sensorielle et l'esclave de la jouissance immédiate. C'est en effet à l'absence d'actes d'attention dirigée qu'est dû, en grande partie, le niveau intellectuel si bas du grand débile, l'attention dirigée étant une condition indispensable au développement normal de l'intelligence. Les actes relativement rares mais intenses d'attention dirigée nous rendent compte, d'autre part, du fait de l'absence de débilité, ou de la débilité légère, chez nos instables. Ils nous expliquent en outre ce fait, que nous avons noté dans le chapitre sur l'intelligence générale,

à savoir que dans certains domaines l'instable est égal, voire même supérieur à l'enfant normal du même âge. C'est le cas notamment lorsqu'il s'agit de domaines qui exigent un effort d'attention d'une intensité plus ou moins considérable mais d'une durée courte : actes de compréhension ou d'intuition sensorielle ; actes où il n'y a que peu de chaînons, l'augmentation des chaînons impliquant l'exercice fréquent et répété de l'attention dirigée.

Par contre, l'instable ressemble au débile au point de vue de la distractibilité de l'attention et surtout au point de vue de l'inaptitude à inhiber les velléités de mouvement et de jouissance immédiate.

ATTENTION ET ALLURE. — C'est cette insuffisance du pouvoir d'inhibition qui nous fait comprendre la lenteur des réponses qu'on note chez presque tous les instables, comme chez les débilés. On la constate surtout chez les psychomoteurs purs et chez les épileptoïdes. Cette lenteur contraste singulièrement avec l'air éveillé et avec les réparties vives si souvent observés chez l'instable. C'est parce que, malgré la vivacité apparente de ses réparties, ce dernier met souvent beaucoup plus de temps à répondre aux questions qu'un enfant normal du même âge, surtout dans les cas où les actes d'attention sont sollicités du dehors, non pas déclanchés par des intérêts momentanés de l'enfant, c'est-à-dire quand ils exigent un gros effort d'inhibition.

ATTENTION ET AFFECTIVITÉ. — Or, l'aptitude à inhiber, l'aptitude à diriger l'attention vers des activités dont la jouissance est plus ou moins éloignée, ainsi que l'aptitude à persévérer dans le même but, sont en rapport étroit avec l'affectivité, et nous revenons de nouveau à notre point de départ, à savoir que l'attention, qui n'est que l'expression de nos intérêts, de même que les troubles qui l'accompagnent, ont une base affective.

5. Tests d'attention. Tests de psychologie clinique et expérimentale

Quelques tests cliniques, celui de Collin, par exemple, nous montrent l'inaptitude des instables à ordonner les données, même quand il s'agit des gestes très simples. Le test de Collin, analogue à l'épreuve des trois commissions de Binet-Simon, mais non verbal, consiste à faire devant l'enfant une série d'actes tout à fait

élémentaires. On prend un marteau à percussion dans la main droite et on frappe avec lui trois coups sur la table, on le reprend ensuite dans la main gauche et on le pose sur la table. Or, le grand instable psychomoteur, pareil au grand débile, ne sait pas reproduire dans l'ordre cette série de gestes si simples, même si on la lui répète 10, 15 ou 20 fois. Il saute ou déforme un ou deux chaînons, soit le nombre de coups, soit le geste de mettre le marteau dans la main gauche, soit celui de le placer sur la table.

Le test des trois commissions de Binet-Simon est, lui aussi, fréquemment manqué par les instables psychomoteurs qui ont réussi tous les autres tests de l'âge VII (61 % d'échecs). L'instable se rappelle souvent les trois chaînons, mais il ne les exécute pas dans l'ordre prescrit. Le plus souvent, il va fermer la porte avec la clef qu'il tient dans la main (la première commission est presque toujours exécutée), tant il est l'esclave des associations synchrétiques : clef — porte — fermer, quoique nous lui demandions d'ouvrir la porte, contrairement à la consigne de Binet-Simon qui demande qu'on la ferme. Ainsi, dans les actes d'attention dirigée, actes qui se composent habituellement de quelques chaînons ou termes plus ou moins complexes, l'instable psychomoteur est très inférieur à l'enfant normal du même âge.

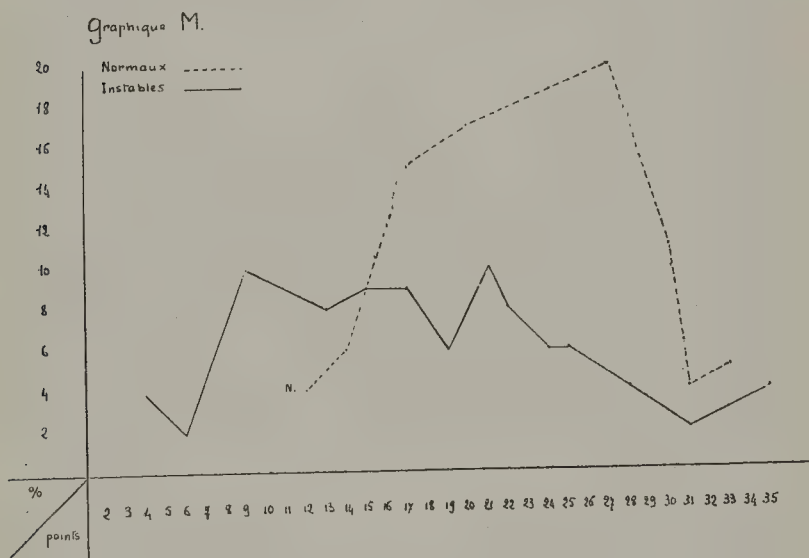
Les expérimentateurs ont voulu, avec juste raison, mesurer l'attention dirigée, dite « volontaire », pour ainsi dire à l'état pur, c'est-à-dire relativement isolé. Le test de Bourdon (lettres à barrer) a été la première tentative de ce genre pour mesurer l'attention visuelle. Il a été remanié par Toulouse et Piéron, qui font barrer des signes pour éviter toute association. Les autres tests d'attention visuelle, plus ou moins compliqués, sont inspirés par celui de Toulouse et Piéron. Nous avons appliqué cette dernière épreuve à nos instables, malgré les insuffisances qu'elle partage avec les autres tests d'attention de ce genre. Elle nous a paru intéressante par la possibilité de comparaison avec les chiffres obtenus sur des enfants normaux du même âge. Nous avons examiné les enfants individuellement, durant cinq minutes, et nous avons noté le rendement à chaque minute.

Deux indices entrent ici en ligne de compte : la quantité des signes barrés et la qualité du travail. Ce dernier indice se traduit d'abord par le nombre des signes barrés et par le nombre d'omissions, mais surtout par le rapport des uns avec les autres. Nous allons comparer dans les deux groupes tout d'abord le rendement quantitatif, et ensuite le rendement qualitatif, ou l'aptitude à la concentration. En troisième lieu, nous allons comparer les chiffres généraux obtenus. Ces barèmes nous donneront quelque

aperçu direct sur l'attention visuelle des instables durant une tâche sans intérêt immédiat. Ils nous donneront, d'autre part, un indice indirect sur leur pouvoir d'inhibition, c'est-à-dire sur l'aptitude à s'opposer aux distractions en poursuivant cette tâche sans intérêt momentané.

Nous avons adopté pour le premier dépouillement la notation de Piéron qui envisage surtout le rendement quantitatif, qui se traduit par la quantité du travail fourni.

Le premier fait frappant est une très grande dispersion des



résultats chez les instables de 11 ans 1/2 à 15 ans. Ils ont barré 4 à 19 lignes avec un médian de 10 à 11 lignes. Dans le groupe témoin, composé d'enfants normaux non sélectionnés de 11 ans 1/2 à 14 ans, ils ont barré 7 à 19 lignes avec un médian de 12 à 13 lignes. La courbe des points obtenus est bien dispersée chez les instables (Graph. M). 50 % (la moitié) n'ont obtenu que 14 à 22 points par minute et il y a eu 24 % dont la cote n'a pas dépassé 4 à 13 points ; 10 %, par contre, ont obtenu jusqu'à 33 — 35 points et 16 % — 24 à 28 points par minute.

« PROFIL » DE L'ATTENTION CHEZ LES INSTABLES. — Notre mode de noter qui consiste à marquer le rendement à la fin de chaque minute, nous a permis de trouver un troisième indice — indice dynamique de l'évolution de ce rendement. Nous avons obtenu

une sorte de « profil » de l'attention de l'instable. Contrairement au rendement des normaux examinés qui, grâce à l'exercice, s'améliorait le plus souvent d'une minute à l'autre, le tracé de la courbe des instables a la forme d'un zig-zag, pareil à la courbe générale de leur « profil mental ».



Types de « profil mental » chez les instables

Ils se répartissent comme il suit :

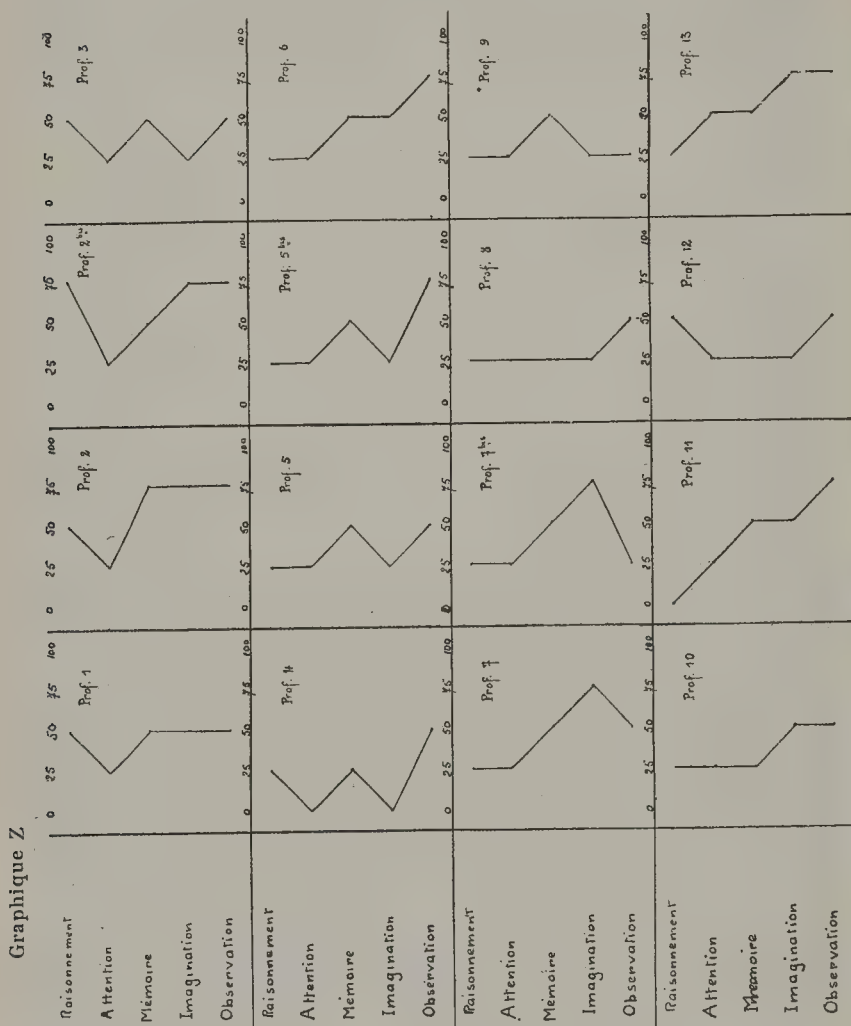
TYPE « CLASSIQUE ». — Nous avons un type de profil pour ainsi dire classique ; il est le plus fréquemment rencontré chez l'instable psychomoteur pur — dans 24 % des cas (Prof. I).

Son trait caractéristique est une déficience de l'attention, les autres aptitudes étant moyennes. Dans quelques cas de ce type, une aptitude est au-dessus du quartile médian : c'est le plus fréquemment l'observation, beaucoup plus rarement l'imagination. Nous avons là, pour ainsi dire, l'étalon parfait de l'instable psychomoteur pur, plus rarement celui du paranoïaque ou du pervers normalement doué au point de vue intelligence générale.

TYPES D'INSTABLES DOUÉS. — Le type de profil qui se rapproche de ce dernier, et qui est assez fréquemment représenté, est l'instable doué (14 p. 100 des cas). Chez lui aussi l'attention est déficiente et le raisonnement moyen, ou au-dessus du médian, mais la mémoire, l'imagination ainsi que l'observation concrète se trouvent le plus souvent au quartile supérieur au médian. C'est pour ainsi dire l'instable à un plan supérieur (prof. 2 et 2a). Ce type se rencontre souvent chez le paranoïaque, parfois chez

l'instable pervers, moins fréquemment chez l'instable psychomoteur pur.

TYPES EN ZIG-ZAG. — Viennent ensuite quelques variétés de types d'instables qui sont les plus fréquents et le plus fréquem-



ment rencontrés chez les instables psychomoteurs purs. Le tracé de leur courbe est caractérisé par un zig-zag. Une de ses variétés se retrouve également à deux plans différents. Plan supérieur :

raisonnement et mémoire au quartile médian ; observation moyenne ou au-dessus ; attention et imagination au quartile inférieur au médian — 9 p. 100 des cas (prof. 3). Plan inférieur : raisonnement et mémoire au quartile inférieur au médian ; observation moyenne ou au-dessus ; attention et imagination très au-dessous du quartile inférieur. — 3 % des cas (prof. 4). Une troisième variété du profil en zig-zag, la plus fréquente (15 % des cas), est représentative de l'instable dont le raisonnement est au-dessous du quartile médian. On le rencontre le plus souvent chez l'instable psychomoteur pur plus ou moins débile ; on le voit plus rarement chez l'instable pervers, et très rarement chez le grand pervers ou chez le paranoïaque (prof. 5 et 5a). Il existe une quatrième variété d'instables à aptitudes inégales, celle où le raisonnement et l'attention sont inférieurs au médian, la mémoire et l'imagination moyennes et l'observation supérieure au médian — 9 p. 100 des cas (prof. 6). On la rencontre le plus souvent chez le psychomoteur pur plus ou moins débile ou pervers. Les modalités de ce type sont : le profil 7 et 7a (6 p. 100 des cas). Elles sont représentatives du mythomane ou du fugueur plus ou moins débiles. Viennent ensuite une série de profils d'instables plus ou moins débiles et peu doués, sauf pour l'observation concrète, ou pour la mémoire, ou pour les deux — 16 p. 100 des cas (prof. 8, 9 et 10). Ils se rencontrent surtout chez les instables psychomoteurs purs ou pervers. Trois autres variétés de profils révèlent des aptitudes très inégales et n'ont qu'un ou deux pour cent de représentants. La première est souvent celle du débile pervers et voleur ; la deuxième, plutôt celle du pervers voleur non débile, et la troisième celle du débile mythomane, fugueur et voleur (prof. 11, 12 et 13).

RÉSUMÉ. — Que peut-on conclure sur les aptitudes mentales des instables, d'après ces types de courbes ? Le fait le plus général qui s'en dégage est la dépression du côté de l'attention. Nous n'avons relevé, en effet, que 2 % des cas où cette dernière aptitude se fût trouvée dans le quartile médian. Ces courbes indiquent, en plus, que le raisonnement est plus ou moins déficient dans 53 % des cas. Donc, en ce qui concerne les deux aptitudes intellectuelles capitales, les deux outils essentiels d'une adaptation plus ou moins adéquate à la vie sociale, l'enfant instable est inférieur à l'enfant moyen d'un âge correspondant, ou même d'un âge inférieur au sien. L'aptitude à inventer et à imaginer dans des conditions réglées du dehors et non inspirées par ses besoins subjectifs, paraît lui faire plus ou moins défaut : elle se trouve

en dessous du quartile médian dans 42 % des cas. D'autre part, la mémoire ne paraît pas déficiente, dans la mesure où elle se rend indépendante du raisonnement et de l'attention, c'est-à-dire dans ses formes primitives et inorganisées. Par contre, le pourcentage élevé des profils avec une bonne aptitude à observer les objets concrets (63 % des cas) indique que l'instable est bien doué pour l'observation concrète d'objets inanimés, c'est-à-dire pour les formes primitives d'élaboration du matériel statique.

Conclusion

Nous pouvons conclure que, chez l'instable d'âge scolaire et post-scolaire :

1° La mémoire l'emporte sur le raisonnement et, d'une façon générale, les aptitudes verbales sur les aptitudes numériques et logiques ;

2° L'intuition d'une situation concrète promettant une jouissance immédiate et passagère, l'emporte sur la persévérance et la prévision d'un avenir. Or, ce sont là les caractères de l'intelligence des enfants d'âge préscolaire.

Il ne faut cependant pas assimiler purement et simplement les instables d'âge scolaire et post-scolaire aux enfants normaux d'un âge inférieur car ce qui caractérise un développement normal est le fait d'être plus ou moins harmonieux. Il est plus ou moins exact que, chez les enfants normaux, il existe un « âge de mémoire », où l'enregistrement et les acquisitions prédominent ; un « âge d'imagination » où l'enfant fabule plus facilement qu'à d'autres périodes de son évolution psychique ; un « âge d'observation » où il s'intéresse davantage au monde objectif (nature et sciences) ; un « âge de réflexion » où il revient sur lui-même et élabore ce qu'il a acquis dans les périodes précédentes. Il est exact, d'autre part, qu'il existe des périodes de « crises » dans l'évolution de l'enfant normal (1).

Cependant, ces périodes et ces étapes sont, d'une part, tout à fait relatives, et, d'autre part, il faut laisser une marge considérable aux différences individuelles qui ne sortent pas de la normale.

Si l'on compare cette évolution normale avec celle de l'instable d'âge scolaire et post-scolaire, on constate que la discontinuité entre le développement des aptitudes d'enregistrement et d'acquisition et celui des fonctions intellectuelles complexes (élaboration

(1) Voir K. BÜHLER, KOFFKA, etc., surtout Ch. BÜHLER : *l. c.*

et synthèse) est bien plus accusée chez ce dernier que chez l'enfant normal d'un âge correspondant ou inférieur, ou chez le simple débile. C'est cette discontinuité dans l'évolution qui produit la dysharmonie si caractéristique pour sa structure intellectuelle.

L'instable d'âge scolaire et post-scolaire se rapproche davantage de l'enfant d'âge préscolaire par la puérilité de ses intérêts qui se cantonnent dans le monde des jouissances immédiates et passagères. Or, les intérêts sont en rapport étroit avec l'affectivité et l'activité. Nous allons voir, en effet, dans les chapitres suivants, que la dysharmonie entre les tendances affectives elles-mêmes, d'une part, et les tendances affectives et les réalisations, d'autre part, est beaucoup plus marquée dans ce domaine que dans celui des aptitudes intellectuelles, et que c'est cette dysharmonie qui empêche l'enfant et l'adolescent instables de s'adapter d'une façon durable à la vie sociale.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 18 Novembre 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

PRÉSENTATIONS

Evolution d'une catatonie pure chez un jeune malade de 17 ans (Présentation de malade, suite à la communication du 22 février 1937), par MM. M. BRISSOT et J. MAILLEFER.

L'enfant S. G. vous a déjà été montré à la séance du 22 février de la Société Médico-psychologique ; cette présentation a eu pour titre : « Catatonie pure chez un enfant de 16 ans. »

Le résumé succinct de celle-ci est le suivant : Il s'agit d'un malade à hérédité assez chargée, mais chez qui on ne relève dans les antécédents aucune maladie dont on puisse faire cas. Le début de l'affection remonte à novembre 1934 ; elle se traduit par de l'instabilité et de l'anxiété. Après deux courts séjours dans un hôpital de banlieue, S. G. est dirigé, en juillet 1936, sur la Colonie de Vaucluse, où il manifeste à son entrée un état délirant et de demi-mutisme. Rapidement le tableau hétérophrénique se transforme et, quinze jours plus tard, le sujet *est devenu catatonique*. A part une courte période de lucidité, survenue en octobre à la suite d'un traitement à l'huile térébenthinée, l'état du malade ne fait que s'aggraver, malgré l'institution de différentes

thérapeutiques (huile térébenthinée au 1/5 ; chrysothérapie ; huile soufrée).

C'est la raison pour laquelle, le 22 février, S. G., très amaigri, vous a été présenté avec un syndrome psychomoteur complexe, caractérisé par la perte de l'initiative motrice, un certain degré de tension musculaire, quelques phénomènes automatiques paradoxaux, accompagnés de troubles mentaux stuporeux. D'ailleurs, à cette triade symptomatique s'ajoutent des troubles neurobiologiques, tant somatiques que neurologiques et végétatifs. Mais l'analyse des liquides humoraux ne révèle aucun trouble pathologique.

Deux objections nous ont été faites à cette époque. M. le Professeur Claude estimait que les injections d'or et de soufre auraient dû être menées de front ; le Docteur Dublineau nous reprochait de ne pas avoir effectué en série des Vernes-résorcine au cours de la maladie et du traitement.

Depuis lors, nous avons fait pratiquer par l'Institut prophylactique des Vernes-résorcine à intervalles réguliers, et nous avons soumis S. G. à la sulfo-chrysothérapie combinée. Les injections intraveineuses de crisalbine s'intercalaient tous les cinq jours avec les injections d'huile soufrée à 2 0/0 ; la dose totale des sels d'or fut de 4 gr. 50.

S. G. présentait un état d'amaigrissement marqué (43 kilos) avec cachexie et gâtisme, quand le traitement fut suspendu le 8 juin 1937. Les deux dernières injections de sulfosine, suivies de réactions thermiques ne dépassant pas 39° donnèrent lieu à la formation d'abcès. Le premier apparut le 30 mai et se résorba sous l'effet de pansements humides ; le deuxième évolua et dut être incisé le 15 juin.

Alors que l'abcès se collectait, apparut brusquement une amélioration sensible, qui alla en s'accroissant et dont les premiers symptômes apparurent le 9 juin. En moins de quinze jours, S.G. sort de sa stupeur ; les troubles intellectuels diminuent à tel point qu'on espère désormais pouvoir l'occuper à l'exploitation agricole de la Colonie. Son état physique devient également meilleur, il reprend du poids, et c'est ainsi que la pesée accuse actuellement 62 kilos.

Cette heureuse évolution rappelait les suites favorables après collections purulentes pulmonaires signalées par H. Baruk. Mais nos espoirs d'obtenir une guérison complète furent cependant déçus car notre malade, quoique sorti de sa stupeur, s'est stabilisé dans un état intermédiaire qui est le tableau de la démence précoce simple.

S. G. est affligé actuellement d'un embonpoint considérable ; il a vu se dissiper à peu près complètement son syndrome catatonique somatique. Le syndrome moteur est maintenant très atténué, mais non complètement disparu. Il présente encore quelques raideurs musculaires, des attitudes toujours légèrement stéréotypées. Mais il n'a plus de phénomènes cataleptiques, la flexibilité cireuse a disparu. Les troubles neurobiologiques ont diminué également. La tension est remontée à 16/11 ; on ne décèle plus, à l'auscultation, de modifications pulmonaires, ni de mydriase à l'examen des yeux. La sensibilité est à nouveau normale, les extrémités des membres ne sont plus cyanosées, les sueurs ont cessé, mais les réflexes rotuliens et achilléens restent vifs, la raie de Sergent subsiste anormalement et le réflexe pilomoteur est toujours diminué.

Le jeune S.G., qui rit sans raison, se caractérise, au point de vue mental, par l'absence de délire. Le tableau clinique est dominé par son calme, l'existence d'une indifférence émotionnelle et l'absence de toute initiative personnelle : il a besoin d'être sollicité avec insistance pour faire œuvre utile. Son raisonnement est puéril et enfantin ; d'ailleurs, il ne parle que lorsqu'on le sollicite, et il est très lent dans ses réponses. C'est un sujet inémotif et indifférent à ce que l'on dit, s'occupant parfois à des petits travaux tout mécaniques, faisant preuve à d'autres moments d'une activité un peu plus grande, chantant par exemple.

Nous avons ainsi devant nous le tableau d'une démence précoce sans délire qui fait suite à celui d'une hébéphréno-catatonie à la période exclusive de stupeur. Nous ne nous étions donc pas trompés, lors de notre dernière présentation, en rangeant à ce moment la psychose dont souffrait notre jeune sujet dans le cadre de la démence hébéphréno-catatonique. Délire hébéphrénique et stupeur ont disparu pour faire place à un état simple de démence précoce qui peut être considéré comme le *fonds* de l'état mental de S. G. depuis plusieurs années. Pour celui qui verrait notre malade pour la première fois, le diagnostic serait peut-être hésitant — tout au moins au début — entre la démence précoce et un état de débilité mentale accompagné de phénomènes de passivité et d'inertie. L'avenir de cet enfant reste sombre et il semble qu'il doive bénéficier jusqu'à nouvel ordre d'une assistance sociale continue.

Nous ne pouvons terminer cette présentation sans signaler les résultats contradictoires qui nous ont été fournis par la méthode de Vernes à la résorcine. Les chiffres obtenus nous laissent sceptiques, car ils ne correspondent pas aux injections faites d'or ou

de soufre ; nous nous contenterons donc de les signaler, sans les interpréter. Les chiffres des 27 mai et 2 juin répondent aux abcès, ceux du 30 juin et 2 septembre à l'amélioration de S. G. Les voici : 25 mars, 37,6 ; 31 mars, 7 ; 7 avril, 70 ; 14 avril, 33 ; 21 avril, 11 ; 28 avril 11 ; 5 mai, 94 ; 12 mai, 10 ; 20 mai, 31 ; 27 mai, 124 ; 2 juin, 122 ; 30 juin, 23 ; 2 septembre, 12.

M. René CHARPENTIER. — Il est frappant de constater une fois de plus combien souvent les abcès de fixation aseptiques ne donnent aucun résultat alors que très fréquemment des abcès septiques non provoqués sont suivis d'amélioration.

M. COURBON. — Malgré le fonds de scepticisme que je garde à l'égard de l'efficacité des thérapeutiques prônées avec le plus d'enthousiasme, — scepticisme qui ne m'empêche pas de considérer comme un devoir de prescrire toujours un traitement et de ne jamais désespérer d'un cas avant de l'avoir énergiquement traité, — je proteste contre la condamnation sans appel de l'abcès aseptique. J'y recours très fréquemment et je crois pouvoir faire l'affirmation suivante : Pas toujours, mais pas non plus exceptionnellement, assez souvent l'abcès de fixation amorce et hâte la marche vers une guérison prévue. Quelquefois, comme chez le malade que je vais présenter tout à l'heure, son action paraît s'exercer heureusement dans des cas où la guérison était moins prévisible. C'est une méthode extrêmement simple, puisqu'elle ne comporte pas l'incision, le pus, sauf très rares exceptions, se résorbant tout seul à plus ou moins longue échéance.

M. GUIRAUD. — On évite la formation des collections purulentes qui parfois produisent de vastes décollements, en diluant l'essence de térébenthine dans un peu d'huile. De la sorte on obtient une simple fluxion, qui est par elle-même indolore et a assez souvent d'heureux résultats.

M. Paul ABÉLY. — L'embonpoint qui suit l'insulinothérapie s'explique par l'effet de l'insuline elle-même. Mais d'une façon générale la rapidité de l'embonpoint et surtout sa persistance sont un élément de pronostic. Un engraissement léger ou de courte durée indique un insuccès total ou une rechute très prochaine.

Psychose réactionnelle à forme de délire de compensation chez un israélite allemand exilé, par MM. Paul COURBON et Maurice LECONTE.

Le convalescent que nous présentons est un exemple de psychose réactionnelle à forme de délire de compensation. C'est le cas d'un israélite allemand qui, après les années d'angoisses et de misères que lui valut la croisade raciale du gouvernement hitlérien actuel, fut interné pour un délire où il se croyait empereur d'Allemagne, appelé par Hitler lui-même à gouverner sa patrie. Gendre authentique d'un des plus puissants dignitaires de l'empire, et ayant de ce fait joui d'une certaine splendeur sociale, son aventure qu'il conte avec clarté et dont il fait la critique avec une sagacité vraiment admirable, aujourd'hui qu'il est guéri, suggère quelques réflexions d'ordre médical et d'ordre philosophique que nous exposerons après l'avoir présenté lui-même.

Il est le fils d'un opulent commerçant juif d'outre-Rhin.

Une de ses sœurs aurait été traitée, à différentes reprises, en cure libre, pour des accès de dépression nerveuse, qualifiée neurasthénie. Voilà tout ce que nous savons de ses antécédents. Personnellement, il aurait joui d'une assez bonne santé et d'un tempérament calme, aux besoins sexuels, modérés et normaux. Il fit les études littéraires et scientifiques que la bourgeoisie aisée de sa patrie impose à ses enfants. Ne manifestant aucune aptitude marquée pour le commerce, il fréquenta les milieux politiques et devint journaliste dans la presse social-démocrate. C'est là qu'il fut remarqué par une fille de l'illustre homme d'Etat qu'il épousa, avec laquelle il fit bon ménage, mais dont il n'eut aucun enfant. Il entra au ministère des Affaires étrangères et, en cette qualité, participa à la tractation de plusieurs affaires diplomatiques. Sans jouer un rôle de premier plan, le couple mena pendant des années une vie laborieuse, mondaine et heureuse dans la haute société berlinoise et même cosmopolite du moment.

Bien placés pour observer, et d'intelligence éveillée, ils pressentirent l'orage et n'attendirent pas la promulgation des lois antisémites pour s'expatrier et se réfugier à Paris, emportant une certaine somme d'argent. Celle-ci finit à la longue par s'épuiser, car la gravité et la durée des événements redoutés déjouèrent leur prévision.

Lui put tout d'abord continuer sa collaboration aux dernières revues libérales, leur envoyant des articles par correspondance. Mais elles furent successivement toutes interdites. Il apprit le métier de photographe, et, grâce aux relations de sa belle famille qui, quoique aryenne, dut s'exiler elle aussi lors de l'avènement du régime hitlérien, trouva divers emplois. Il ne réussit nulle part. Il voyagea pour faire du reportage sur les pays méditerranéens ; mais il ne fut même pas défrayé du voyage.

Pensant s'installer en Palestine, il alla dans une ferme-école du midi de la France pour apprendre l'agriculture et y mangea ses dernières ressources.

De nature peu communicative, il devint de plus en plus renfermé. Jamais très ardent en amour, toujours plus ami qu'amant, il n'arrivait plus à subvenir aux besoins du ménage. Alors des collègues de son beau-père, réfugiés politiques eux aussi, décidèrent de prendre la femme chez eux, pensant qu'il se tirerait mieux d'affaire tout seul. Elle faisait des travaux de couture ou de dactylographie, allant plusieurs fois par semaine rendre visite à son mari dont elle payait la chambre d'hôtel. Il vendait des briquets et des articles de Paris, qui ne lui rapportaient guère.

En automne 1936, on le fit s'engager dans la légion internationale d'Espagne. Il souffrit beaucoup des rigueurs de l'hiver, contracta un embarras gastrique avec jaunisse, fut évacué comme journaliste à Barcelone. Il s'y trouvait lors des émeutes de mai dernier. Arrêté dans la rue par une patrouille d'anarchistes, il fut, avec vingt-deux autres otages, gardé tout un jour et toute une nuit à jeûn dans une chambre d'hôtel, entendant la fusillade, menacé d'être exécuté d'un instant à l'autre, si des conditions qu'il ignorait n'étaient pas remplies. On le relâcha sans qu'il sut pourquoi et quelques jours plus tard il obtenait du gouvernement républicain l'autorisation de regagner Paris.

Il y arriva, décharné et exténué, au mois de juin. Sa femme le logea dans un hôtel, et essaya de le suralimenter et de le soigner. Le 19 juillet, il était arrêté sur la voie publique à cause de l'extravagance de ses gestes et l'incohérence de ses propos. Mais au bout de quatre jours le médecin de la Préfecture de Police le rendait à sa femme qui le réclamait. Il vécut tranquille pendant plusieurs semaines, restant au lit presque toute la journée, ne fréquentant personne. Dans la rue, sa mimique parfois ahurie, ses rires sans cause apparente, faisaient se retourner les passants.

Un dimanche d'août, sa femme le trouva plus bizarre que de coutume. Il lui parlait d'expériences sensationnelles. Il lui annonçait un prompt et glorieux retour dans leur patrie. Il lui niait toute hostilité réelle du gouvernement hitlérien à leur égard. Et, brusquement, il la quitta. Le soir même, la police l'avertissait que son mari, arrêté dans une chambre d'hôtel, était gardé dans un commissariat. Elle s'y rendit, et, sur la promesse qu'elle lui fit de le conduire directement à l'hôpital Henri-Rousselle, le commissaire le lui confia.

Il entra à Sainte-Anne il y a deux mois avec le certificat suivant du D^r Génil-Perrin : « Présente un état d'excitation atypique. Instabilité motrice et psychique alternant avec de l'indifférence, de l'inertie et de l'opposition. Troubles du comportement : s'est introduit récemment dans une chambre de l'Hôtel de Paris « pour y faire des expériences ». Arrêté sur la voie publique, « parce qu'il y faisait également des expériences ». Idées délirantes de grandeur et d'invention, assurance ironique, et conscience de sa « supériorité ». « A fait des

études très poussées sur les ondes ». « Sa main droite a le pouvoir spécial de détecter certains courants électriques et les ondes lumineuses, de renvoyer cette énergie sous une autre forme ». « Sa peau est très sensible à la lumière ». Il est journaliste connu et espère pouvoir pénétrer en Allemagne pour une grande enquête, malgré sa situation de réfugié. Syndrome d'influence: on abuse de sa sensibilité spéciale. On l'influence de la même manière qu'il peut lui-même influencer les autres. « C'est la Préfecture de Police » ; le reconnaît parce qu'il a changé : « il est devenu exubérant et très hardi ». Actes suggérés. Hallucinations auditives, « entend comme une voix de basse, des rythmes ». Il est un détecteur de constitution spéciale. Sa femme est également « branchée » avec la Préfecture de Police, peut-être contre lui. Stéréotypies verbales et d'attitude. Logorrhée peu cohérente. Vague conscience du trouble de sa personnalité. Stagnation intellectuelle. « barrages ». Indifférence foncière.

« Engagé volontaire en Espagne gouvernementale, pris comme otage, a failli être fusillé par les anarchistes. Forte émotion. Revient en mai 1937 et présente ses premiers troubles mentaux à la suite de cet épisode dramatique. Evolution schizophrénique probable. »

Le malade resta plusieurs semaines dans l'état décrit par ce certificat.

Bien orienté dans l'espace et dans le temps, il racontait correctement son histoire, mais sur un ton indifférent, avec des arrêts de récit pendant lesquels il semblait bayer aux corneilles, souriant niaisement, même aux passages pathétiques, comme celui de sa détention comme otage.

Avouant être dans la misère ; avoir été chassé comme non aryen par les nazis, il réclamait sa sortie pour partir en Allemagne et aller y gagner largement sa vie. Réticent sur la façon dont il s'y prendrait, pour cela, il répondait avec un rire narquois et supérieur qu'il ne fallait pas s'inquiéter de lui. Les reportages qu'il ferait de ses aventures dans les journaux lui assureraient une fortune. Et il citait des journaux libéraux que la censure d'Hitler avait depuis longtemps supprimés.

C'est pour se documenter pour un article sensationnel ayant comme titre: « Comment est assurée la sécurité des visiteurs de l'Exposition Internationale de 1937 » qu'il prétendait s'être introduit par ruse dans une chambre d'un des plus grands hôtels de Paris. Il avait audacieusement demandé au portier la clef d'un numéro choisi au hasard, que l'autre lui avait remise. Il était monté par l'ascenseur, et, une fois dans la place, il s'était mis en devoir de faire sa toilette et de prendre un bain en utilisant la trousse et les serviettes de l'occupant, sans même fermer la porte à clef. Celui-ci, lorsqu'il arriva au bout de peu d'instant, se mit à crier « au voleur ». Des gens accoururent en foule, auxquels, sans perdre son calme, le pseudo-voleur déclara qu'il n'avait rien d'un malfaiteur et se livrait simplement à une expérience.

Il se laissa docilement conduire au Commissariat de Police, où il déclina son identité et où sa femme alertée vint le chercher.

Je suis Juif racial, mais sans foi religieuse. J'ai eu beaucoup de malheurs depuis le mouvement hitlérien, car il me manque un peu de sens pratique, disait-il, philosophiquement. Souvent il interrompait la conversation pour émettre des réflexions comme celle-ci : « Je trouve que tout change autour de moi, tout change en bien. Les animaux se mettent à rire quand je les regarde, alors qu'auparavant seuls les hommes pouvaient rire. Les gens font des grimaces avec les yeux et la langue. Ma femme a changé de figure ; elle a les yeux plus grands qu'avant. Il se passe dans le gouvernement du Reich de grands changements qu'on ne soupçonne pas. J'y ai gardé d'excellentes relations. Et je ne vois vraiment aucune raison pour qu'on ne me laisse pas rentrer à Berlin. Ma femme ne comprend pas cela. Elle s' imagine qu'on m'y emprisonnerait. Mais c'est tout le contraire. » ,

Ces propos étaient dits sur un ton monotone, avec un ricanement niais, avec une mimique guindée.

On ne constatait aucun trouble neurologique. Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien étaient normales. Mais l'amaigrissement était très marqué.

Le traitement consista en un abcès de fixation avec toniques et suralimentation.

Rapidement l'amélioration apparut et alla en s'accroissant. Aujourd'hui, non seulement tout délire a disparu, mais le sujet fait une critique très judicieuse de ses troubles mentaux passés, et il avoue l'existence d'idées de grandeur qu'il avait eu l'habileté de cacher. « J'ai inventé le mobile d'un reportage pour expliquer ma conduite dans le grand hôtel où l'on m'a arrêté. En réalité, je croyais réellement que je pouvais tout me permettre. Il me semblait que la vie était truquée, que l'organisation hitlérienne de l'Allemagne n'était qu'une façade, et qu'en réalité j'étais vraiment reconnu empereur par Hitler lui-même... Au bar de l'hôtel, j'ai bu deux ou trois consommations. Pour continuer le jeu, je n'ai pas dit mon nom, me contentant de demander un numéro de clef, persuadé que les garçons savaient quel puissant personnage j'étais, et que tout ce que je consommerais était payé d'avance.

En somme, il y avait deux mondes séparés, le monde réel, et le monde imaginaire que je croyais réel. J'étais fou. J'avais perdu l'esprit. Maintenant je suis guéri. J'ai repris 12 kilos. Je n'aurais pas l'imprudence de franchir la frontière allemande ainsi que j'en avais l'intention, malgré les supplications de ma femme. Je veux rester en France et me remettre à gagner ma vie.

L'histoire rapportée ci-dessus appelle d'intéressantes considérations tant psychiatriques que philosophiques.

I. Au point de vue psychiatrique nous envisagerons successivement les caractères cliniques, étiologiques et nosographiques de cette psychose.

a) *Cliniquement*. — Le syndrome qu'à son entrée dans le service présentait cet homme, âgé de moins de 40 ans, était celui

d'un délire polymorphe et flou, à prédominance d'idées de grandeur, avec phénomènes d'influence, de discordance, d'ambivalence, et sentiment de transformation de la réalité.

Un tel syndrome comportait un pronostic sévère. Il faisait redouter l'évolution schizophrénique, c'est-à-dire qu'il faisait prévoir la nécessité d'un très long internement, avec chute presque fatale à plus ou moins longue échéance, dans la démence. Or, au bout de quelques semaines de traitement, la régression a apparue et s'est accentuée jusqu'à équivaloir à une guérison véritable.

La leçon à retenir est que, quelque soit la gravité apparente d'un syndrome mental, il ne faut pas désespérer, quand il s'accompagne d'un syndrome physique offrant prise à la thérapeutique, et quand les causes qui le provoquèrent sont évidentes et remédiables.

b) Étiologiquement. — Le rôle des causes accidentelles nées dans les événements sociaux a été énorme, tandis que celui de la prédisposition du sujet fut minime. La perte d'une situation brillante et facile, les chagrins de l'exil, les difficultés de l'adaptation à une société étrangère, l'aggravation croissante de la crise économique mondiale, la ruine, les fatigues d'une campagne d'hiver, les privations, la misère, la maladie physique, enfin les angoisses d'une journée d'attente de l'exécution capitale comme otage d'une guerre civile, tous ces traumatismes moraux et physiques se succédant sans interruption pendant 4 ans ébranlèrent et renversèrent la résistance mentale.

Mais pour énorme qu'ait été le rôle de ces causes exogènes, il ne supprime pas celui de la prédisposition individuelle. La persécution raciale s'est abattue avec plus d'intensité encore sur d'autres individus qu'elle n'a pas réussi à faire délirer. Outre le réconfort d'une femme vaillante, notre malade jouissait de la parenté d'une belle famille que le malheur n'avait pas privé de toute influence. Il était donc moins résistant.

L'existence d'une sœur neurasthénique est la preuve d'une tare héréditaire. Et cette tare est à identifier chez lui dans la facilité avec laquelle il a pu vivre longtemps un rêve éveillé, sans que les heurts avec la réalité l'aient réveillé ou plongé dans la confusion mentale.

Tout parfaitement guéri qu'il puisse être, — car la réalité de sa guérison est indiscutable, si rigoureuse est son analyse de lui-même, si précise est sa critique malgré la difficulté qu'il a du maniement d'une langue étrangère, si complète est sa vision des nécessités actuelles pour sa réadaptation sociale, — on ne peut donc pas affirmer que l'équilibre recouvré soit définitif.

c) *Nosographiquement*. — Cette bouffée délirante doit être classée dans le groupe des psychoses réactionnelles, nom que divers psychiatres dont Jaspers, Bleuler, Kretschmer, Urechia ont donné aux psychoses dont les symptômes sont en rapport compréhensible avec l'événement pathogène.

Le rôle pathogène des mouvements sociaux en pareille matière s'est révélé maintes fois en France depuis les élections du mois de mai 1936, comme l'ont montré certains auteurs, dont l'un de nous (1).

Ces psychoses réactionnelles peuvent revêtir diverses formes. Kretschmer a décrit sous le nom de paranoïa sensitive, des délirants à idées d'influence et de persécution ayant un thème en rapport avec le traumatisme psychique causal. Notre sujet qui dans son délire croyait posséder auprès du gouvernement qui l'exila le prestige nécessaire pour réaliser son désir de revivre dans sa patrie rappelle ces paranoïaques sensitifs. Il rappelle bien davantage les malades dont les psychoses furent appelées délire de rêverie par Heuyer et Borel, délire de compensation par Mignard et Montassut, délire d'évasion imaginative par Leroy et Montassut. Dans tous ces cas, le sujet prenant son désir pour la réalité, a la conduite qui conviendrait si le rêve auquel il aspire était réalisé.

Nous ferons remarquer que ces psychoses réactionnelles, la plupart du temps curables, mais toujours susceptibles de récidiver, si les mêmes causes se reproduisent, ne sont que l'un des groupes de psychoses que l'ancienne nosographie rangeait avec Morel et Magnan, sous l'étiquette de bouffée délirante des dégénérés, groupe que l'un de nous (2) s'est efforcé de distinguer de la psychose maniaque dépressive en opposant les maladies du rythme aux maladies de l'équilibre psychiques.

II. Au point de vue philosophique, la destinée actuellement lamentable de ce juif roturier qui, après avoir brillé au firmament politique du III^e Reich, comme gendre d'un chef de la République allemande, fut précipité dans les misères de l'exil et de l'indigence et finalement échoua dans l'asile d'aliénés d'une terre étrangère, rappelle de plus illustres exemples de la fragilité des grandeurs humaines.

C'est, transposé dans un siècle d'incrédulité et de démocratie,

(1) DUPOUY et M. LÉCONTE (Soc. Médico-psychol., 9 juil. 1936). — Maurice et Suzanne LÉCONTE (*Congrès international d'Hygiène mentale*, Paris, 1937).

(2) COURBON (*Encéphale*, 1923, p. 27). — COURBON et TUSQUES (*Annales Médico-psychol.*, 1932, t. I, p. 51, et *Congrès des aliénistes et neurologistes de Limoges*, 1932, p. 303).

où chacun peut prétendre au comble des honneurs, l'histoire de ces grands par la naissance, qu'en un siècle de foi et de monarchie héréditaire, un Bossuet livrait aux méditations de la cour et de la ville. Il suffit de remplacer le mot roi par celui de chef, dans la citation célèbre du grand prédicateur, pour qu'elle garde encore toute son opportunité. « Et nunc, duces, intelligite ; erudimini, qui judicatis terram. »

Le malade, pendant une heure, expose à l'assemblée son histoire et, répondant aux questions, analyse ses troubles mentaux avec une précision nuancée dont voici quelques exemples : C'est le conflit entre la peur déterminée sur un tempérament aussi peu belliqueux que le mien par un passage dans l'armée espagnole et le devoir dont je sentais le commandement qui a causé la défaillance de mes nerfs... Peut-être mon angoisse pendant ma détention comme otage n'était-elle pas complètement fondée, car, après tout, j'étais un étranger, et l'on ne fusille pas aussi légèrement un étranger qu'un compatriote en temps de guerre civile, mais elle n'en était pas moins aussi intense... J'ai rapporté d'Espagne une atmosphère de crainte, une atmosphère « conspiratrice » qui, peu à peu, me fit croire que j'étais partout espionné... J'en suis venu à éprouver perpétuellement une « rêverie de jours » qui me représentait sans cesse ma situation et la situation sociale que j'envisageais, tantôt avec un pessimisme désespéré, tantôt avec un optimisme rassurant... La réalité en vint à me paraître irréelle et une transformation complète de mon entourage, puis de la France, puis de toute l'Europe me sembla s'être opérée derrière le décor persistant des mêmes hommes et des mêmes régimes... Pour m'expliquer cela, je lus des ouvrages de radiesthésie et je me mis à délirer d'un délire vraiment moderne, car je meublais mes fantaisies avec mon savoir en chimie et en physique...

Mon extérieur fut celui d'un homme normal, tant que je me contentai de croire à ces idées folles de changement du monde, et d'influences à distance, des humains entre eux. Mais je parus à autrui le fou que j'étais réellement, quand j'ai voulu passer des idées aux actes... Mon premier acte extravagant fut la gesticulation à laquelle je me livrais dans les rues, pensant influencer la volonté des promeneurs et la direction des autos. Il me valut ma première arrestation... Mon dernier internement fut l'acte d'empereur que je croyais accomplir en allant m'installer dans le plus grand hôtel de Paris. Depuis plusieurs semaines, je croyais que Hitler et ses ministres n'avaient plus aucune autorité, mais étaient contraints à rester en place et à simuler de gouverner, tandis que d'occultes maîtres les faisaient agir comme des pantins, et faisaient régner eux-mêmes un ordre tout différent... Tout d'un coup, un dimanche, l'idée me vint que cette puissance occulte m'avait choisi pour empereur. Je quittai brusquement ma femme pour méditer seul dans les Tuileries sur la conduite que devait avoir cet empereur. Il devait commencer par se loger somptueusement. Et c'est

pour cela que j'ai réclamé comme étant mienne la clef dont le numéro me fut soufflé comme par une inspiration... Je fus surpris de ne pas trouver la connivence des gens de l'hôtel, et d'être obligé de leur déclarer que j'étais l'empereur. J'en conclus qu'ils n'étaient pas dans le secret. Ce sentiment, je l'ai gardé à l'asile où ma conviction délirante sur l'universelle comédie ne fut ébranlée qu'après une piqure à la cuisse qui me fit grand mal et me donna beaucoup de fièvre. Maintenant, après l'émotion amère que j'eus, en constatant que j'avais été fou pendant plusieurs mois, je suis guéri. J'ai engraisé, je dors, je joue aux échecs, je juge sainement la réalité. Je la distingue de l'imaginaire. Ma femme m'a trouvé un emploi, et j'ai hâte d'aller gagner ma vie.

A M. Ch. BLONDEL, qui lui demande comment il avait pu croire à l'action des ondes mystérieuses d'un individu sur un autre, il répond : Quand on me disait quelque chose, j'en comprenais une autre en même temps que j'entendais celle qu'on me disait. Par exemple, on me disait et j'entendais : « Donnez-moi un morceau de savon. » Mais en même temps, je croyais que l'interlocuteur me faisait savoir, par un signe : « Les sénateurs vont s'assembler maintenant. » — A M. GURAUD, qui lui demande si réellement il lui arrivait de rire tout seul dans les rues et ainsi de scandaliser les passants, il répond que oui, mais que son hilarité avait pour cause la pensée que lui seul était dans le secret de la comédie dont les passants étaient la dupe. — A. M. Ch. BLONDEL, qui lui demande pourquoi, dans son récit initial à M. Courbon, il avait expliqué son aventure de l'hôtel par le désir de se documenter pour un reportage et non par une conduite d'empereur, il répond : J'ai cru que j'avais commis une imprudence mortelle en dévoilant ma qualité d'empereur, avant que les autres initiés du grand secret n'aient dévoilé au vulgaire le changement mondial accompli derrière la continuation des mêmes apparences. Et je dois dire que pendant toute ma maladie, j'ai eu une facilité pour improviser des mensonges qui m'émerveillaient, car, dans la vie courante, je mens volontiers mais maladroitement. Ainsi, à l'agent qui m'arrêta pour gestes extravagants, je n'avouai pas que je pensais agir ainsi sur la foule, mais je racontai que j'étais un pianiste rhumatisant et que je gesticulais pour ramener dans mes doigts la souplesse nécessaire pour gagner ma vie.

M. MARCHAND. — Ce sujet me paraît avoir présenté durant la première phase de sa maladie mentale un état de rêve et dans la deuxième un certain degré de confusion mentale, surajoutée à l'état de rêve. Ses souvenirs de son passage à l'hôpital Henri-Rousselle à Ste-Anne sont flous. Ce qui est particulier, c'est la conservation précise de ses souvenirs portant sur toute la première phase de l'affection.

M. Ch. BLONDEL. — Pour ma part, je rapprocherais davantage les troubles présentés par le malade de la rêverie que du rêve et

j'insisterai sur les points suivants : d'après ce qu'il nous a expliqué, l'origine de sa croyance à des communications s'opérant par radiations nerveuses, a pour fondement de pures interprétations et non des troubles hallucinatoires ; au cours de son délire, il a apporté à la justification des singularités de ses gestes et de sa conduite une ingéniosité remarquable dans laquelle il est le premier à reconnaître l'exagération d'une aptitude naturelle à mentir quand il le juge nécessaire ; les rires en apparence immotivés que signale le début de l'observation s'expliquent, d'après lui, par la conviction qu'il avait d'être un des rares à savoir le monde truqué et par le sentiment de supériorité que lui inspirait la possession de ce grand secret.

M. GUIRAUD. — Ce malade est extrêmement intéressant par la subtilité et la précision de son auto-analyse. Mais son intérêt le plus grand est plus rétrospectif qu'actuel. En effet, il présentait des symptômes qui généralement sont considérés comme démentiels, tel le rire sans cause. Or il vient de nous montrer que ses prétendus rires sans cause en avaient une, ainsi que le souligne M. Blondel.

Il faudrait réviser ces prétendus symptômes annonciateurs de démence. En les étudiant on pourrait distinguer ceux qui sont susceptibles de disparaître et ceux qui ne feront que s'aggraver, on pourrait en un mot faire immédiatement un pronostic, sans attendre que le temps nous fournisse la réponse cherchée.

Ce n'est pas le rire sans cause apparente qui est démentiel. C'est celui qui a les caractères suivants : explosif, accompagné de mouvements parasites, intermédiaire au rire et à la grimace, neurologique et non psychologique.

Cette discrimination du rire, du négativisme, de la stéréotypie, etc., permettrait de diagnostiquer les processus paranoïdes des bouffées délirantes que Magnan rattachait à la dégénérescence. M. Courbon devrait rester en communication avec ce sujet après sa sortie de l'asile pour surveiller son évolution.

M. CAPGRAS. — La perfection de l'auto-analyse du sujet n'est-elle pas d'un mauvais présage ?

M. BLONDEL. — Je m'associe aux considérations de M. Guiraud. La causalité des actes en apparence immotivés est fort délicate à déterminer par l'interrogatoire. Par exemple le malade vient de nous exposer les raisons de ces rires. Mais son explication très heureuse et très satisfaisante n'est-elle pas le fruit de cette aptitude à ne demeurer jamais à court de justification dont il nous a fait l'aveu ? Est-elle précisément celle qu'il aurait fournie au

moment même où les rires se produisaient ? La question est particulièrement difficile à trancher. C'est, comme l'entend bien M. Guiraud, le caractère objectif de ces actes en apparence immotivés qu'il convient d'interroger pour déterminer si l'origine en est ou non vraisemblablement psychique.

Enfin, le malade apparaît comme parfaitement guéri. C'est un homme cultivé, chez lequel l'acuité de l'analyse et la recherche de l'exactitude dans l'énoncé des idées ne sont pas indices de préoccupations pathologiques, mais satisfaction d'exigences normales dans son milieu. Par son sérieux, sa tenue, sa lucidité, sa parfaite modulation affective, l'exposé qu'il nous a fait est d'un homme qui s'est retrouvé lui-même avec, il va sans dire, ses particularités constitutionnelles. Mais, s'il est parfaitement guéri, rien ne dit qu'il le demeurera. Ne présentera-t-il pas de nouveaux accès ? Ses rechutes iront-elles, ou non, en se multipliant, en se rapprochant et en s'aggravant ? Il serait bien intéressant de le savoir et, pour cela, de suivre le malade. L'intelligence de sa femme donne à espérer qu'il ne sera pas impossible de le faire, et notre ami Courbon y pourvoira sûrement.

M. COURBON. — Pendant les premiers jours de son séjour dans mon service, le malade, continuant son rêve éveillé, refusait de croire qu'il était dans un asile. Il prétendait que j'étais un faux médecin entouré de faux malades jouant une comédie dont il n'était pas dupe. Mais son orientation et sa mémoire étaient parfaites. Il n'avait ni confusion, ni onirisme, mais rêverie. Et cette rêverie le rendait inattentif aux menus détails, qu'il a dit tout à l'heure, n'avoir pas remarqués.

Je proteste contre la qualification de raté adressée à un homme qui sut contracter l'alliance éminemment avantageuse et glorieuse qu'il contracta, qualification basée sur des échecs infligés par une avalanche de malheurs contre laquelle bien des arrivistes les plus malins eussent été impuissants. La lecture des faits contrôlés dans l'observation le dispense de tout cabotinage amplificateur pendant le récit très objectif qu'il vient de faire devant vous.

Comme M. Guiraud, je crois que parmi les prétendus syndromes démentiels on peut distinguer ceux dont les porteurs guériront et ceux dont les porteurs ne guériront pas. Il y a des négativismes, des rires, des maniérismes, des stéréotypies, des catatonies, des suggestibilités curables.

Comme M. Blondel et pour les mêmes raisons que lui, je crois à la guérison complète, mais je crains la récurrence.

**Psychose présénile et artériosclérose cérébrale
à forme mentale, par MM. L. MARCHAND et G. DEMAY.**

Les psychoses de la présénilité sont si polymorphes dans leurs caractères cliniques et si variables dans leur évolution que « tous les efforts de classification rigoureuse sont restés vains » [Hoven (1)]. Cette impossibilité de préciser le groupe de ces psychoses provient de ce que la plupart d'entre elles ne sont pas des psychoses dites fonctionnelles, mais des affections organiques dont le trouble mental, prédominant sur les autres symptômes, égare le diagnostic.

Dans le cas suivant, l'affection à son début a été considérée comme une psychose ; son évolution progressive ainsi que le syndrome biologique ont montré qu'il s'agissait d'artério-sclérose cérébrale à forme mentale associée à des lésions de démence sénile pure. L'examen anatomique est venu confirmer le diagnostic clinique.

Mme M..., âgée de 66 ans, entre à l'Asile de Maison-Blanche le 14 juillet 1925. Depuis plusieurs années, elle se plaint de souffrir des jambes, d'avoir de la difficulté à marcher. Plusieurs médecins consultés n'ont constaté aucun symptôme pathologique d'ordre objectif. Les troubles mentaux sont manifestes depuis un an : idées hypocondriaques avec anxiété intermittente et idées de suicide ; idées de persécution et de préjudice ; troubles du caractère, menaces à l'entourage. Pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnels. Deux enfants dont une fille morte à 24 ans d'une méningite tuberculeuse.

À l'Asile, on constate des idées hypocondriaques, et même des idées de négation ; elle ne peut se tenir debout, sa tête est retournée, elle n'a plus ni cœur, ni poumons, ni estomac. Idées de ruine : la situation de son fils est perdue, la sienne aussi. Auto-accusation : elle a peut-être fait perdre la situation de son mari. Interprétations : on la regarde avec malveillance, on doit l'accuser de toutes sortes de choses. Idées de suicide : elle souffre tellement qu'elle a pensé à mourir. À d'autres moments, ton agressif : les médecins sont tous des coquins, ils laissent souffrir les gens au lieu de les tuer. Mémoire et orientation satisfaisantes. Examen somatique négatif.

Au début, l'anxiété est fréquente, nécessitant l'alitement et l'emploi intermittent d'opiacés (pantopon) jusqu'en février 1926. À partir de cette époque, la malade se montre moins anxieuse, tout en conservant des idées de nature mélancolique ; son mari et son fils sont au bagne

(1) H. HOVEN. — Les psychoses dépressives de la ménopause. *J. (belge) de Neur. et de Psychol.*, vol. XXXVI, oct. 1936, p. 369.

ou bien ont été guillotiné, elle l'entend dire. On note quelques réactions atypiques : elle répète en riant qu'on guillotine sa famille. qu'elle-même est « à moitié » guillotinée.

Le 2 novembre 1929, on constate, pour la première fois, une crise épileptique, avec cyanose du visage, morsure linguale, mouvements convulsifs prédominant du côté gauche. Le 4 novembre, nouvelle crise, signe de Babinski bilatéral. Tension artérielle 18-10 (Vaquez).

Au cours des années suivantes, d'autres crises épileptiques se sont produites, mais en petit nombre (sans que la malade ait été soumise à un traitement anti-convulsif) : 4 en 1930 (juillet, septembre, octobre) ; 7 en 1931 (janvier, juillet, août) ; 2 en 1932, 1 en 1933, 1 en 1935, 1 en 1936. Comme particularités, notons que plusieurs de ces crises ont été suivies d'accès logorrhéiques avec verbigération, donnant à ce moment à la malade l'apparence d'une aphasique sensorielle.

Pendant ces 7 années, 1930-1936, le comportement mental de la malade peut se résumer ainsi :

a) *Accès d'excitation*, de divers types : les uns ayant le caractère logorrhéique et jargonaphasique signalé plus haut (mais indépendamment de toute crise convulsive) ; d'autres se traduisant par de la tachypnée, aboutissant à un véritable bredouillement, mais sans jargonaphasie et sans surdité verbale. D'autre part, crises d'excitation coléreuse, insultes et menaces envers les autres malades, récriminations contre le personnel et contre le médecin. Parfois, enfin, attitude hypomaniaque, rires, plaisanteries, invitations à déjeuner, etc...

b) *Accès dépressifs*, alternant avec les précédents, mais sans rythme régulier. Semi-mutisme, réponses par monosyllabes, résistance à l'alimentation, idées hypocondriaques. L'attention spontanée persiste, l'orientation générale est satisfaisante.

c) *Accès confusionnels*, avec hébétéude, incohérence des propos, désorientation complète, paraphasie, onirisme, turbulence, désordre des actes.

d) *Idées délirantes*, d'expression pauvre, monotone, parfois absurde, traduisant l'affaiblissement intellectuel : on l'empoisonne, elle a le corps plein d'arsenic, des centaines de poisons dans le corps, on a tué ses enfants, coupé les jambes de son mari. Elle demande fréquemment qu'on la tue à coups de fusil. Puis, sans transition, elle se met à plaisanter.

Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants :

Sang : 15 janvier 1930, Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, négatifs ; 15 janvier 1931, Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, négatifs.

Liquide rachidien : 15 janvier 1930, albumine, 0,50 ; Pandy, 0 ; Weichbrodt, 0 ; leuco., 6 ; Benjoin, 00000.02222.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke, négatifs ; 15 janvier 1931, albumine, 0,42 ; Pandy, + ; Weichbrodt, + ; leuco., 3 ; Benjoin 00000.02222.20000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke, négatifs.

Le tableau ci-dessous indique les variations de la tension artérielle et du taux de l'urée du sang :

	T. A.	Azotémie p. 1.000	
1929 : 4 novem.	18-10	.....	crise convulsive.
1930 : 15 janvier	.....	0 gr. 40	anxiété.
20 octobre	27-14	.....
30 octobre	23-12	.....	agitation.
12 novem.	19-9	. 1 gr. 50	confusion.
24 novem.	20-11	.....
8 décem.	19-10	.....
1931 : 5 janvier	22-11	.....	agitation, crise convulsive le 7 janvier.
13 janvier	17-7	. 0 gr. 40	(après diète et purgatif).
1 ^{er} février	18-10	.....	agitation.
6 février	16-9	. 0 gr. 60	agitation.
12 février	15-8	.....	(après diète et purgatif).
24 mars	18-9	.....	calme.
16 avril	23-13	. 0 gr. 47	confusion.
22 avril	16-8	.....	(après diète et purgatif).
4 mai	17-9	.....
13 juin	20-9	.....	calme.
14 juillet	18-8	.....	crises convulsives.
20 juillet	21-9	.....	(après diète et purgatif).
27 août	20-10	.....	crises convulsives.
29 août	21-10	.....
24 septem.	21-10	.....
8 octobre	18-8	. 0 gr. 62	agitation confusionnelle.
13 octobre	.....	.....	saignée : 300 gr.
1932 : 7 janvier	19-11	. 0 gr. 80	confusion, saignée : 125 gr.
1 ^{er} avril	20-12	. 0 gr. 27	agitation confusionnelle.
12 août	19-7	.....	crise convulsive.
15 août	20-7	. 0 gr. 50	
1933 : 11 janvier	18-8	. 0 gr. 50	somnolence, myosis. Babinski + à droite.
15 novem.	21-11	. 0 gr. 70	crise convulsive.
1935 : 15 janvier	16-10	. 1 gr. 40	crise convulsive. Babinski + à droite.
1936 : 14 avril	14-7	. 0 gr. 30	
12 août		. 0 gr. 75	crise épileptique.

Les analyses d'urine faites à diverses reprises, de 1929 à 1936, ont toujours montré l'absence d'albumine et de glucose.

Nous n'avons pas constaté de relation constante entre les crises convulsives, les phases confusionnelles d'une part, et les chiffres de la tension artérielle et de l'azotémie d'autre part. Parfois, un état confusionnel a coïncidé avec un taux élevé d'urée (1 gr. 50, 0 gr. 80)

ou avec une tension élevée 23-13, mais, à d'autres moments, nous avons observé des phases de confusion avec une azotémie de 0 gr. 47, avec une tension de 16-10. De même pour les crises convulsives. Aucun parallélisme non plus entre les chiffres de la tension et ceux de l'urée. Le régime hypoazoté, l'acétylcholine (deux séries en octobre et novembre 1930), les saignées n'ont pas eu d'influence appréciable ; la diète hydrique, suivie d'un purgatif, a déterminé plusieurs fois un abaissement de la tension et de l'azotémie, mais sans modification de l'état mental et des réactions.

Dans les derniers mois de 1936, la malade se cachectise progressivement ; elle meurt dans le marasme le 17 janvier 1937 (escarres multiples, somnolence, chute de la tension artérielle dont la maxima s'abaisse à 12, puis à 10, pendant que l'azotémie s'élève à 1 gr. 22).

Autopsie. — Seul l'encéphale a été examiné.

Athérome très prononcé portant principalement sur les artères de la base. Pie-mère d'aspect laiteux au niveau de la convexité des hémisphères. Atrophie cérébrale généralisée mais prédominant au niveau des circonvolutions pré-frontales. Zone d'atrophie symétrique au niveau du tiers supérieur de la frontale et de la pariétale ascendantes. Autre petite cupule de la dimension d'une noisette à la partie postérieure de la première frontale droite, située sur le bord supérieur même de l'hémisphère. A ce niveau, l'arachnoïde s'étend comme un voile au-dessus de la dépression dont le fond est constitué par le cortex atrophié.

Sur les coupes transversales, quelques petits foyers ocreux de désintégration corticale.

Ventricules latéraux dilatés. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère droit pèse 490 gr., le gauche 500 gr., le cervelet et le bulbe 140 gr.

Le cervelet ne présente aucune lésion macroscopique.

EXAMEN MICROSCOPIQUE : *Pie-mère.* — Aucune lésion inflammatoire, pas d'adhérences corticales. Nombreux vaisseaux atteints d'athérome. Petites artérioles complètement obstruées et renfermant des lamelles de cholestérine.

Cerveau. — Les lésions sont diffuses mais plus accusées au niveau des lobes frontaux. Atrophie des cellules ganglionnaires, dont la plus grande partie du cytoplasma est occupée par du lipochrome. Les granulations chromophiles sont encore apparentes dans les autres régions du corps cellulaire. Les prolongements protoplasmiques sont très raréfiés, de sorte que la cellule a perdu sa forme pyramidale. Par les méthodes de Bielchowski et d'Hortéga, on note que les neurofibrilles sont encore conservées dans les cellules atrophiées. Dans les régions pré-frontales, zones étendues dans lesquelles les cellules sont clairsemées. D'ailleurs, dans toutes les zones préfrontales, l'architecture des couches cellulaires corticales est très troublée.

Prolifération névroglique diffuse dans tout le cortex, plus accusée dans la couche moléculaire (méthode d'Hortéga).

Plaques séniles très nombreuses et à différents stades évolutifs dans le cortex et la zone sous-corticale. Ces plaques sont particulièrement abondantes au niveau des circonvolutions frontales. On en compte plus de trente par champs à un grossissement de 70 diamètres.

Les vaisseaux intra-corticaux comme les vaisseaux pie-mériens sont très lésés : dégénérescence hyaline et épaississement de leurs parois allant parfois jusqu'à leur oblitération ; leur adventice a également proliféré. Espaces périvasculaires très élargis.

Présence de petits foyers corticaux et sous-corticaux très anciens de désintégration. Séquelles cicatricielles d'hémorragies capillaires. Vaisseaux thrombosés avec agglomérations de blocs de pigment jaune-ocre dans l'espace péri-vasculaire ; ces blocs peuvent s'étendre assez loin du vaisseau thrombosé. Les cellules névrogliques et microgliales situées dans le voisinage renferment dans leur protoplasma de nombreux grains de pigment.

Au Weigert-Pal, démyélinisation des fibres tangentielles corticales au niveau des lobes frontaux.

Cervelet. — La couche de grains est diminuée d'épaisseur. Nombreuses cellules de Purkinje atrophiées. Dans les noyaux dentelés, on note également un grand nombre de cellules en voie d'atrophie avec zone occupée par du pigment lipoïdique. Espaces périvasculaires élargis.

Bulbe. — Atrophie et dégénérescence pigmentaire de toutes les cellules. Légère réaction adventitielle autour de quelques vaisseaux. Elargissement des espaces périvasculaires. Pas de lésion de l'épithélium ventriculaire et des plexus choroïdes. Aucune dégénérescence des pyramides.

Ainsi, chez une femme de 66 ans, on constate des troubles mentaux polymorphes : état dépressif avec idées hypocondriaques, idées de persécution, troubles du caractère, puis alternances d'excitation de dépression, d'anxiété, de confusion. L'évolution de l'affection a été lentement progressive et son début remonte à plusieurs années. On ne constate aucun signe d'organicité et le diagnostic de psychose d'involution ou de présénilité, quoique bien imprécis, est posé. A 70 ans, apparition de crises d'épilepsie avec phase consécutive confusionnelle et signe transitoire de Babinski bilatéral. Certaines crises sont suivies de troubles passagers du langage (logorrhée, jargonaphasie) rappelant ceux de l'aphasie sensorielle. A partir de cette période, azotémie de taux plus ou moins élevés, mais ayant atteint comme maximum 1 gr. 50, et hypertension artérielle de chiffres également variables. Légère albuminose du liquide céphalo-rachidien.

Malgré l'absence de céphalée, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, le diagnostic d'artério-sclérose avec athérome céré-

bral est alors posé. Aux phénomènes délirants vint se surajouter de l'affaiblissement intellectuel. L'affection continua à évoluer lentement et la malade est décédée à l'âge de 77 ans. Les lésions sont celles de la démence sénile et de l'athéromasie cérébrale associées. L'atrophie cérébrale plus prononcée sur certaines zones rappelant les lésions de la maladie de Pick, les foyers microscopiques de désintégration corticale et sous-corticale à différents stades de formation, la présence d'un grand nombre de plaques séniles sont bien en rapport avec la lente évolution de la maladie mentale.

Cette observation entraîne les réflexions suivantes : nombre de cas intitulés psychose d'involution ou de psychose présénile ne sont en réalité que des formes d'artério-sclérose à prédominance mentale; leur fréquente évolution vers un état démentiel plaide encore en faveur de ce diagnostic.

On a voulu voir dans l'affaiblissement intellectuel consécutif aux troubles psychiques du début, un état surajouté. Nous considérons ces deux formes mentales comme deux étapes de la même maladie cérébrale à laquelle peut s'associer les lésions de la démence sénile.

Chez les aliénés artério-scléreux, les signes subjectifs de l'artério-sclérose cérébrale tels que céphalées, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes, vertiges font généralement défaut. Les lésions cérébrales qui conditionnent cette affection neuropsychique sont diffuses. L'atrophie cérébrale, les petites zones de désintégration, les plaques séniles ne se traduisent souvent par aucun symptôme neurologique permanent important.

Cette observation montre également que certaines formes d'épilepsie sénile sont en rapport avec l'athérome cérébral (1). Les crises sont souvent suivies, comme chez notre malade, de troubles neurologiques transitoires, tels que paraphasie, logorhée, signe de Babinski, et elles sont probablement conditionnées par les petits foyers microscopiques de désintégration corticale, secondaires aux thromboses des petits vaisseaux corticaux.

(1) L. MARCHAND et Georges PETIT. — De l'épilepsie chez les déments séniles. *Revue de Psychiatrie*, février 1909.

La séance est levée à 11 h. 30.

Les secrétaires des séances,
Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

Séance du 22 Novembre 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

En ouvrant la séance, le *président* souhaite la bienvenue à MM. les D^{rs} A. REPOND, de Malévoz-Monthey, BERSOT, de Neuchâtel, GARAFULIC, de Santiago-de-Chili, et VERSTRAETEN, de Gand, *membres associés étrangers*, qui assistent à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 25 octobre 1937 est adopté.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} PUECH, PIERSON et GARDIEN, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants* ;

une lettre du D^r Jean ROYER, médecin-chef du quartier des aliénés de l'hôpital de Poitiers, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une commission composée de MM. BEAUDOUIN, DUPOUY et Paul ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu le jeudi 23 décembre prochain ;

Élection d'un membre titulaire honoraire

une lettre de M. le D^r CALMELS, *membre titulaire* depuis le 25 avril 1937, qui demande à être nommé *membre titulaire honoraire* : M. le D^r CALMELS, remplissant les conditions exigées par l'article 3 des statuts, reçoit, par un vote unanime, le titre de *membre titulaire honoraire*.

Élection de 4 membres correspondants nationaux

Après la lecture d'un rapport de M. X. ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. X. ABÉLY, CAPGRAS et Th. SIMON, pour l'examen des candidatures de Mme CROZET et MM. les D^{rs} Louis ANGLADE, DAUMÉZON et Pierre DOUSSINET, il est procédé au vote :

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

MM. Louis ANGLADE	22 voix
DAUMÉZON	22 —
Mme CROZET	21 —
M. DOUSSINET	21 —

MM. les D^{rs} Louis ANGLADE, médecin-chef à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Pont-Labbé-Picauville (Manche), DAUMÉZON, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), Mme CROZET, médecin-chef à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais) et M. DOUSSINET, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Élection de 2 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. G. COLLET, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, Georges COLLET et LAIGNEL-LAVASTINE, pour l'examen des candidatures de MM. BEIJERMAN, GAROPHALIDÈS et L. DE MORSIER, il est procédé au vote :

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

MM. BEIJERMAN	22 voix
DE MORSIER	22 —
GAROPHALIDÈS	20 —

MM. les D^{rs} BEIJERMAN, de Delft, président de la Société neurologique de Zuid-Holland, L. DE MORSIER, privat-docent de neurologie à l'Université de Genève et GAROPHALIDÈS, d'Athènes, sont élus *membres associés étrangers* de la Société Médico-psychologique.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire non résidant

Une place de membre titulaire est déclarée vacante. M. le Professeur Ch. BLONDEL, de Strasbourg, ayant été nommé professeur à

L'Université de Paris est devenu membre titulaire résidant. La place vacante est donc l'une des 30 places créées par décision de la Société en date du 25 janvier 1931 et réservées à un membre titulaire non résidant. Les candidatures, accompagnées d'un exposé de titres et travaux scientifiques, devront être parvenues au Secrétaire général avant le jeudi 23 décembre 1937, date à laquelle sera désignée la commission chargée de l'examen de ces candidatures. L'élection aura lieu à la séance du lundi 24 janvier 1938.

PRÉSENTATIONS ET COMMUNICATIONS

La thérapeutique convulsivante de la psychose maniac-dépressive, par M. P. VERSTRAETEN (de Gand).

Impressionnés par la lecture des travaux publiés par von Méduna et ensuite par nos premiers succès thérapeutiques obtenus par mon ami Alphonse Leroy à l'Institut Sainte-Agathe, de Liège, et par moi-même à l'Institut Caritas, de Mille-lez-Gand, nous avons exposé tous deux nos résultats concordants à nos collègues de la Société de Médecine mentale de Belgique, aux séances de septembre et d'octobre 1937, et nous les avons vivement engagés à nous imiter. Plusieurs d'entre eux ont appliqué à leur tour la thérapeutique convulsivante dans leurs sanatoria respectifs.

En effet, le traitement institué par le psychiatre hongrois von Méduna est incontestablement efficace, très simple et, je crois, tout à fait inoffensif. C'est un gage de succès.

Evidemment, la démence précoce n'est pas vaincue et si, dans diverses publications, les auteurs relatent de nombreux cas de schizophrénie guéris, il y a lieu d'accepter ces conclusions avec une prudente réserve. Il nous faut d'abord le recul du temps pour apprécier exactement ces rémissions plus ou moins complètes et il convient ensuite de rappeler que le diagnostic de schizophrénie est — au détriment de la psychose maniac-dépressive — posé beaucoup plus volontiers dans d'autres pays qu'en France et en Belgique.

La plupart des publications ont paru en langue allemande et se rapportent toutes, sans exception, aux résultats obtenus dans les affections schizophréniques. Dans cette communication, au contraire, il ne sera pas question de schizophrénie ; je me limite volontairement à l'exposé de mes résultats personnels dans les psychoses maniac-dépressives.

Je ne me propose pas d'étudier ici la théorie explicative de von Méduna : celle-ci, comme celle de Sakel pour l'insulinothérapie, est hypothétique et peu convaincante. Les deux traitements me paraissent être purement empiriques, car je ne crois pas à l'antagonisme de l'épilepsie et de la schizophrénie, me rappelant volontiers qu'à l'Institut Caritas, par exemple, au pavillon réservé aux épileptiques, les malades sont presque toutes des schizophrènes avérées. Ayant observé, comme tous les psychiatres, des rémissions inespérées sous l'influence des maladies fébriles graves — et notamment la fièvre typhoïde — j'ai toujours été un chaud partisan de la méthode des chocs et un adversaire convaincu de l'inactivité, qui était autrefois de règle dans les asiles.

Faut-il rappeler qu'au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, j'ai plusieurs fois vanté les bienfaits de la malariathérapie, utilisée pour les psychoses non syphilitiques, « en attendant mieux » ? Actuellement, il y a mieux : la malariathérapie de la psychose maniaco-dépressive peut être abandonnée, les injections intraveineuses de pentaméthylène-tétrazol lui succèdent avantageusement ; les résultats ne sont pas comparables.

Dans l'insulinothérapie, les convulsions ne sont pas recherchées, je crois ; elles sont accessoires. Von Méduna, au contraire, en fait la base de son action thérapeutique.

Renonçant donc aux considérations théoriques et hypothétiques, je me bornerai à quelques remarques pratiques au sujet de ce traitement convulsivant.

*
**

Le pentaméthylènetétrazol-cardiazol est un composé bicyclique, voisin du camphre, très soluble dans l'eau froide et utilisé ordinairement en solution à dix pour cent.

L'injection par voie intraveineuse se fait rapidement et deux fois par semaine, en moyenne.

Les doses que j'employai furent de 3 à 11 cc. ; ma dose initiale fut de 3 à 4 cc., suivant le poids de la malade et j'augmentai cette dose à chaque intervention jusqu'à l'obtention d'une crise convulsive.

Avant de commencer la cure, l'usage d'hypnotiques — et notamment des barbiturates, dont l'élimination se fait lentement — sera proscrit.

Mes malades — toutes femmes hospitalisées à l'Institut Caritas — reçoivent généralement 3 à 8 injections, parfois 10 et même 15.

J'ai fait environ 500 injections de cardiazol et au cours des crises convulsives, impressionnantes pendant quelques instants, je n'ai observé aucun incident et ne recourus à aucune intervention quelconque. La mâchoire peut se luxer ; la réduction est très facile.

Les malades doivent uriner avant l'injection pour éviter de se souiller pendant la crise. Un tampon est passé entre les dents pour éviter la morsure de la langue.

Après les convulsions, la période d'obnubilation est très variable d'intensité et de durée, mais presque toujours la même pour chaque malade. Le réveil est ordinairement rapide, avec retour à l'état habituel au bout de quelques minutes ou quelques heures.

Quelques rares malades furent indisposées, vomirent et se plaignirent de céphalées ; le lendemain, tout était rentré dans l'ordre.

*
**

Par la thérapeutique convulsivante, je tâchai d'obtenir, comme par les autres traitements de choc, le déblocage des inhibitions, suivant l'expression employée par le Professeur Henri Claude pour l'insulinothérapie.

Ce déblocage se fit subitement ou progressivement.

Lorsqu'il fut subit, explosif, la mélancolique passait brusquement à un état d'euphorie tout à fait caractéristique, lucide et débarrassée de toutes ses préoccupations hypocondriaques, ou bien délirante encore, mais capable de discuter ses idées erronées ou absurdes, et de comprendre ses erreurs, accessible enfin à la psychothérapie.

En cas de déblocage subit, il ne faut pas attacher trop d'importance à la psychothérapie ; celle-ci est presque superflue.

Si la rémission se fait progressivement chez les mélancoliques, c'est d'abord l'inertie motrice qui disparaît. Ce qui frappe, c'est de voir ces malades, inactives au lit et la tête basse, se rendre aux sollicitations des sœurs infirmières et se mettre peu à peu à l'ouvrage manuel qui leur est préparé.

S'il s'agit de mélancolie anxieuse ou stuporeuse, l'anxiété ou la stupeur s'atténuent d'abord.

L'humeur triste cède ensuite, le douloureux état cénesthésique dont les malades se plaignent tant, et non sans raison, disparaît peu à peu et le sommeil revient, naturel et bienfaisant.

Ensuite, le ralentissement psychique devient moins évident ; les malades parlent plus volontiers.

Les états délirants persistent le plus longtemps.

L'état physique s'améliore aussi et lorsqu'il y avait de l'hypotension artérielle, je l'ai, chaque fois, vue disparaître et même lorsque les symptômes psychiques restaient inchangés.

J'ai beaucoup moins l'expérience des états maniaques. Dans un hôpital psychiatrique pour femmes, la mélancolie se rencontre fréquemment, la manie est assez rare.

Deux maniaques soumises au traitement convulsivant guérissent progressivement. Le symptôme qui disparut le premier fut l'agitation motrice ; les malades se calmèrent, restèrent mieux au lit et dormirent la nuit.

L'exaltation psychique se maintint plus longtemps et enfin l'humeur trop gaie disparut à son tour.

*
**

Pour exposer, aussi exactement que possible, les résultats que j'ai obtenus, je tiendrai compte des 20 premiers cas de mélancolie soumis au traitement convulsivant et de 2 cas de manie.

Les cas de mélancolie se subdivisent en 5 cas de mélancolie délirante, 12 cas de mélancolie anxieuse et 3 cas de mélancolie stuporeuse.

Mélancolie délirante. — Les malades étaient âgées respectivement de 37, 53, 35, 45 et 28 ans. La durée de leurs psychoses était très variable: 2 ans, 6 mois 1/2, 4 mois, 2 mois, 2 mois. 4 rémissions complètes (2 progressives et 2 subites), 1 échec.

Mélancolie anxieuse. — Les malades étaient âgées respectivement de 51, 35, 32, 55, 38, 45, 43, 44, 55, 50, 33 et 28 ans.

La durée de leurs affections était très variable : 2 ans 1/2, 3 mois 1/2, 7 mois, 5 mois, 8 mois, 8 mois, 9 mois, 10 mois, 3 ans, 14 mois, 1 an, 9 mois.

8 rémissions complètes (6 progressives et 2 subites), 1 rémission incomplète, 1 rémission intermittente, 2 échecs.

Mélancolie stuporeuse. — Les malades étaient âgées respectivement de 40, 47 et 27 ans.

La durée de leurs psychoses était très variable : quelques jours, 5 mois, 8 mois 1/2.

3 rémissions complètes (1 progressive et 2 subites).

Manie. — Les malades étaient âgées respectivement de 28 et 22 ans.

La durée de leurs psychoses était de 3 mois et de 1 an.

*
**

Que conclure ?

Est-il légitime de persévérer et peut-être même de généraliser

ce traitement brutal pour une affection mentale curable, telle que la psychose maniaco-dépressive, qui, sauf complications (délire aigu, maladies intercurrentes) ou suicide, évolue naturellement vers la guérison ?

Ma réponse est affirmative puisque je crois sincèrement à l'innocuité de l'injection intraveineuse de pentaméthylènetétrazol, dont l'action toxique me paraît très passagère. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de redouter des modifications durables des centres nerveux.

L'an passé, MM. Codet et Baruk signalaient, à propos de l'insulinothérapie, qu'il est dangereux de provoquer, dans le système nerveux, des « habitudes pathologiques, qui ont une tendance ensuite à récidiver ». Cette juste remarque ne s'applique pas, je crois, aux quelques accès convulsifs provoqués par le cardiazol.

J'estime que mes essais thérapeutiques sont justifiés, car il y a un intérêt considérable à abréger la durée d'une affection psychique qui peut être très longue et passer parfois à la chronicité. Tant de considérations sociales et familiales pourraient être émises à ce propos !

En faveur de cette intervention, je ferai valoir aussi l'imprécision fréquente du diagnostic différentiel de la manie dépressive et de la schizophrénie. On l'a dit et redit : des cas étiquetés manie et mélancolie, par un psychiatre très distingué, ont évolué ultérieurement vers la démence précoce.

Aussi, convaincu de la légitimité de mes efforts, je persévérerai avec espoir de préciser peu à peu les indications de cette thérapeutique plutôt révolutionnaire.

M. MINKOWSKI. — Je serais désireux de savoir quelle fut l'attitude de tous les malades traités à l'égard de ce traitement, qui engendre une si grande anxiété et qui, pour cela, paraît contre-indiqué dans les psychoses anxieuses ? D'autre part, il y aurait lieu de préciser les rapports existant entre les accès antérieurs et les accès postérieurs au traitement qui, d'après les affirmations de l'auteur, ne produit pas une guérison définitive.

M. Henri BARUK. — La thérapeutique qui vient de nous être exposée fait partie de toute une série de méthodes répondant à la même idée : interrompre un syndrome psychopathique par une secousse brusque de l'organisme. Les nombreux agents chimiques ou pharmacodynamiques préconisés (amytal sodique, insuline, cardiazol, etc.), les innombrables méthodes de choc et de pyrétothérapie répondent au même but.

Le problème est de savoir s'il s'agit d'une simple action passagère de déblocage, ou d'une véritable action curative. Nous avons vu récemment une malade traitée par ces procédés qui, après une rémission passagère, est tombée dans un état plus grave, et qui a gardé, à la suite de ces interventions, une véritable terreur de toute thérapeutique. Il est impossible de lui faire la moindre injection sans déclencher une émotion violente. Jusqu'à présent, les résultats obtenus dans les psychoses par les méthodes de choc ou par la pyrétothérapie paraissent rester plus ou moins transitoires. L'avenir dira ce qu'il faut penser de l'insuline ou du cardiazol, dont les conséquences tardives sur le système nerveux méritent d'être envisagées, lorsqu'on sait les petites lésions cérébrales qui résultent de l'action de diverses substances convulsivantes, expérimentalement chez l'animal.

Je suis aussi tout à fait opposé à l'inaction thérapeutique, mais j'estime qu'on peut attendre beaucoup plus qu'on ne le croit des thérapeutiques étiologiques et physiologiques en psychiatrie. Une analyse minutieuse de chaque cas, une thérapeutique finement adaptée à la cause de la maladie, une correction précise des dérèglements humoraux qu'un examen clinique et physiologique complet aura décelés, toutes ces investigations nous ont permis d'obtenir parfois, dans des psychoses même très anciennes et réputées graves (schizophrénie), des résultats encourageants. Nous pensons que c'est dans cette voie thérapeutique, reposant sur une étude précise clinique et physiologique de chaque malade, que la psychiatrie doit résolument s'engager.

M. VERSTRAETEN. — D'une façon générale, les malades se soumettent, sans grande résistance, au traitement. Il n'y en a eu que 2 sur 50 chez qui elle ait été vive.

A propos du mode d'action de l'insuline et du cardiazol dans la thérapeutique de la schizophrénie, par M. H. BERSOT, du Landeron (Suisse).

Il y a un an, avec les D^{rs} Müller, de Münzigen, et Schmid, de Münchenbuchsee, nous parlions ici même de la thérapeutique de la schizophrénie par l'insuline (1). Depuis lors, cette thérapeutique s'est répandue plus intensément encore. Dans plus d'une vingtaine de pays européens, en Amérique et même au Japon, elle est devenue d'une pratique courante.

Le Congrès suisse de Psychiatrie lui a consacré sa séance du printemps 1937 à Münzingen. Ses travaux ont été publiés en un important volume (2). Le Dr Max Müller a « fait le point » et constaté que plus de deux mille malades avaient subi ce traitement. De nombreux psychiatres étrangers ont apporté leur contribution. Tous ont reconnu que l'insulinothérapie permettait d'obtenir de bonnes rémissions dans 50 ou 80 0/0 des cas de schizophrénie à forme aiguë, délirante, hallucinatoire, dont la durée est inférieure à 1 an, et des améliorations très appréciables dans les autres formes et les cas plus anciens. Il n'y a donc plus de doute possible : *l'insulinothérapie est un moyen sûr de guérir ou d'améliorer certains schizophrènes.*

Von Méduna est venu lui-même à Münzingen parler de la thérapeutique pour les *convulsions*, qu'il inaugura à peu près en même temps que Sakel l'insulinothérapie. Il obtient de satisfaisantes rémissions dans environ la moitié des cas traités. Il constate que la thérapeutique par le cardiazol convient mieux aux cas de schizophrénie simple ou stuporeuse, tandis que les formes paranoïdes ou catatoniques réagissent mieux à l'insuline.

Dans plusieurs pays, la cardiazolthérapie de la schizophrénie a été pratiquée seule ou parallèlement à la méthode de Sakel. Dernièrement encore, Leroy, de Liège, et Verstraeten, de Gand, citaient, à la Société belge de médecine mentale, les brillants résultats qu'ils venaient d'obtenir (3). Comme l'insuline, *le cardiazol est donc un moyen de guérir ou d'améliorer certains schizophrènes.*

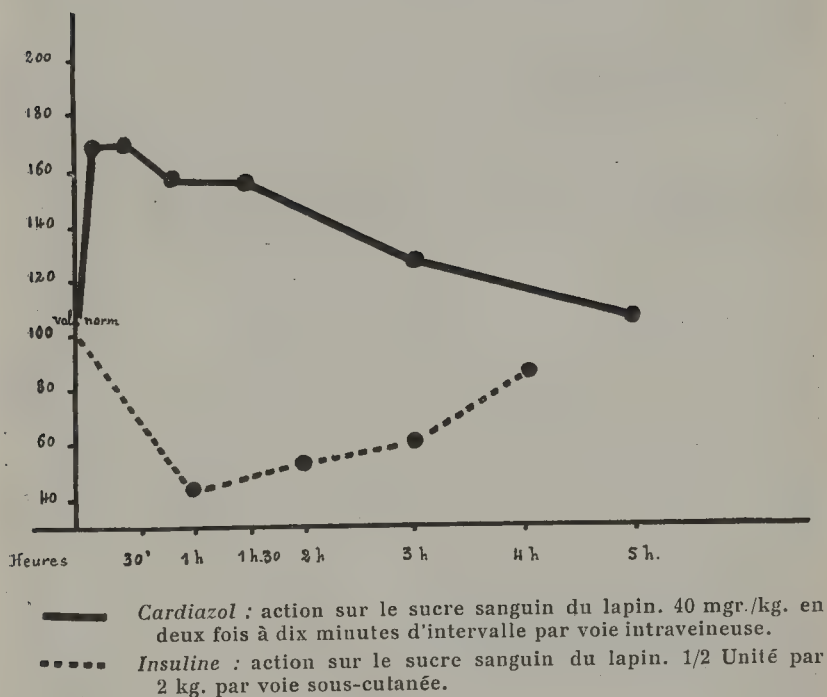
Insuline et cardiazol sont entrés dans la pratique psychiatrique courante, le psychiatre d'aujourd'hui ne peut plus les ignorer.

Le cardiazol et l'insuline ne sont pas sans présenter, dans leur action, certaines analogies. Cet été, au Congrès de Nancy (4), nous avons rapporté les résultats de nos expérimentations sur l'animal et notre analyse à l'aide du ralenti cinématographique des convulsions provoquées par le cardiazol. Ces recherches nous ont permis de conclure que *l'insuline et le cardiazol ont une parenté d'action indiscutable.* Ils provoquent tous deux une symptomatologie presque semblable. Celle de l'insuline se déroule plus ou moins lentement et tout au long du coma, celle du cardiazol violemment et rapidement dans les 60 à 80 secondes de la crise convulsive. Sans doute, remarquons-nous avec Demole (5), l'analyse cinématographique décèle quelques différences ; mais en fait, il s'agit d'un même syndrome extrapyramidal qui n'est pas sans analogie avec celui présenté par l'homme insuliné. Les analogies de ces deux moyens convulsivants fai-

saient dire à Sakel au printemps dernier : « Ces deux thérapeutiques sont loin de s'exclure l'une l'autre. Elles se complètent au contraire et l'on peut dire que, dans la lutte contre la maladie, l'insuline est l'infanterie et le cardiazol l'artillerie. »

Ces constatations ont induit Georgi à pratiquer la cure dite « combinée » où le cardiazol est appelé à la rescousse pour

TABLEAU 1. — *Evolution de la glycémie chez le lapin injecté au cardiazol et chez le lapin insuliné.*



accentuer l'action de l'insuline (6). Cette cure consiste en la provocation d'une crise épileptique par injection de cardiazol chez le malade insuliné.

Elle est un moyen excellent d'attaquer plus énergiquement qu'avec la seule insuline le processus schizophrénique. Elle est donc indiquée chez les catatoniques où les hébéphréniques qui se sont montrés réfractaires à la cure d'insuline pratiquée selon la méthode de Sakel, comme aussi dans les cas où la cure de cardiazol, pratiquée selon la méthode de Méduna, provoque une violente résistance et trop d'angoisse chez le malade.

Ces deux substances présentent cependant certaines différences fondamentales dans leur action sur l'organisme. Elles influencent par exemple différemment le glucose sanguin. L'insuline provoque une hypoglycémie, le cardiazol une hyperglycémie, ainsi que le démontre nettement le graphique suivant (tableau I), où nous avons noté le comportement de la glycémie chez le lapin insuliné et chez le lapin injecté avec le cardiazol. Dans ce dernier cas, la glycémie augmente fortement, puis va lentement en diminuant, dans le premier cas, au contraire, elle s'abaisse rapidement pour aller ensuite en croissant. Si nous revenons aujourd'hui sur ce sujet, c'est pour insister sur le fait qu'il est impossible que l'hypoglycémie insulinaire ait, à elle seule, un effet curatif dans la démence précoce, de même qu'il est impossible que l'hypoglycémie conditionne par elle-même les convulsions du lapin. Le cardiazol, qui n'est pas hypoglycémiant, exerce aussi un effet curatif et provoque également des convulsions chez le lapin. Il faut donc chercher l'explication de l'effet thérapeutique et de la convulsion provoquée par l'insuline dans un ordre de phénomènes qui échappe à l'observation directe.

On sait que l'acide lactique, le méthylglyoxal et l'acide pyruvique, sont des produits de dégradation du glucose, apparaissant au cours de sa combustion dans l'organisme ; ils se forment aussi en quantité anormalement fortes au cours de l'hypoglycémie insulinaire. Nous croyons que ces substances sont responsables du syndrome excito-pyramidal de l'insuline et supposons que le cardiazol, également, provoque leur apparition dans le cerveau.

Ce qui nous confirme dans cette opinion, ce sont nos observations relatives à la *vitamine B1*.

On sait que l'avitaminose B1 (béribéri de l'homme, dite polynévrite aviaire) provoque des troubles nerveux importants et même des convulsions. Chez le pigeon et chez le rat, par exemple, le béribéri expérimental provoque des convulsions toniques et cloniques, des secousses brusques, des mouvements d'enroulement, de l'emprostotonos, de l'opistotonos, etc... « L'animal prend des attitudes anormales, la tête est déviée latéralement ou en opistotonos, la queue raide, les jambes écartées, le dos voûté. Il tremble, titube, tombe sur le flanc, se débat, roule sur lui-même. » (9). N'est-ce pas là une symptomatologie semblable à celle du coma hypoglycémique ?

Ces constatations ont un intérêt biochimique très grand, car on sait que la symptomatologie de l'avitaminose est précisément conditionnée par la présence, en quantités anormales, d'acide

lactique et pyruvique dans le cerveau (lobe optique du pigeon) (Peters). Cette augmentation de l'acide lactique cérébral est indépendante de l'acide lactique du sang. Il s'agit donc, dans ces troubles nerveux, d'une altération locale du métabolisme cérébral.

On se demandera, à juste titre, si l'on peut attribuer aux symptômes excito-moteurs provoqués par l'insuline et le cardiazol, la même base bio-chimique qu'aux manifestations de l'avitaminose B1 (troubles fermentatifs, endocellulaires, accumulation de déchets, effet convulsivant, etc.).

Pour pouvoir répondre affirmativement, il faudrait que l'on puisse prouver une analogie d'effet entre l'avitaminose B1 et l'insuline, ou un antagonisme entre la vitamine B1 et l'insuline. Or, cet antagonisme est aisé à démontrer : *la vitamine B1 a un effet antihypoglycémiant et anticonvulsivant.*

Les malades, à qui on en administre, se montrent plus résistants à l'action de l'insuline. La glycémie diminue plus lentement et moins fortement et elle dure moins longtemps après l'administration de vitamine B1.

Chez l'animal carencé en vitamine B1, l'hypoglycémie est prolongée. L'animal mobilise difficilement son glycogène hépatique. L'addition de vitamine B1 restaure la faculté mobilisatrice, le taux normal du glucose apparaît rapidement (Wien) (7).

Demole et Silberschmidt (8), expérimentant sur des rats insulinés, remarquent que ceux qui ont, auparavant, reçu de la vitamine B1, ont une hypoglycémie moins forte : parmi 16 lapins sans vitamine B1, tous ont une glycémie inférieure à 50 mgr. Des 13 lapins qui ont reçu de la vitamine B1, seulement 8 avaient une glycémie inférieure à 50 mgr. 0/0. Des 13 lapins qui reçurent de la vitamine B1, un seul a fait des convulsions. Des 16 lapins sans vitamine, 10 eurent des convulsions hypoglycémiques extrêmement violentes. Enfin, chez les lapins traités par la vitamine B1 qui se rétablirent spontanément, l'hypoglycémie insulinique dura moins de 7 heures, chez les lapins témoins, elle dépassa 7 heures. Chez le rat atteint d'avitaminose B1, l'insuline provoque une hypoglycémie plus forte et plus prolongée que chez le rat normal.

La vitamine B1, donc, diminue l'hypoglycémie insulinique dans son intensité et dans sa durée, comme aussi dans ses effets convulsivants. Elle active le rétablissement de la glycémie normale. Elle favorise la détoxication provoquée par l'insuline dans le cerveau.

Cette propriété de la vitamine B1 nous permet de mieux comprendre le mécanisme d'action de l'insuline et du cardiazol.

Comme le bérubéri, insuline et cardiazol s'accompagnent de l'apparition, dans l'organisme, de substances toxiques convulsivantes.

Ces substances convulsivantes (acide lactique, acide pyruvique, méthylglyoxal, etc.) sont précisément parmi celles qui composent la dégradation des hydrates de carbone au cours de l'hypoglycémie insulinique. C'est dans la présence de ces substances toxiques que nous voyons le principe exécutif provoquant des convulsions pendant l'hypoglycémie.

Vogt-Müller déjà avait remarqué que ces substances de dégradation glucidique, injectées à des animaux, reproduisaient, sans l'hypoglycémie, la symptomatologie du choc insulinique et les convulsions. Elles se retrouvent dans l'urine et le liquide céphalo-rachidien d'enfants souffrant de convulsions (Geiger Rosenberger), de même que dans le lait des femmes atteintes de bérubéri.

En résumé, nous pensons qu'insuline et cardiazol ont une analogie d'effet sur la cellule cérébrale, sorte de *massage chimique*, si j'ose m'exprimer ainsi, caractérisé par la production de substances toxiques stimulantes endocellulaires, et la combustion probable de diverses sortes de déchets. Ces substances agissent à la façon d'un tonique nervin, en stimulant la cellule, comme le ferait, sur une cellule nerveuse médullaire, la caféine ou la strychnine. Elles provoquent parfois, par un mécanisme inconnu, une restauration des facultés, qui paraît être définitive.

Notre raisonnement nous amène à considérer que la symptomatologie de la démence précoce pourrait peut-être bien, comme le pense Demole (9), être conditionnée par l'altération du système fermentatif endocellulaire cérébral. « Il s'agirait, en somme, d'une perturbation diathésique de la respiration tissulaire cérébrale », perturbation transmissible, souvent héréditairement, et dans laquelle la prédisposition joue un rôle évident, altération fonctionnelle sans substratum anatomique microscopique primaire. Cette hypothèse biochimique a l'avantage d'orienter les recherches dans une direction expérimentale.

BIBLIOGRAPHIE

1. MULLER, SCHMID, BERSOT. — *Ann. Méd.-Psych.*, II, 4 novembre 1936.
2. Die Therapie der Schizophrenie. Insulinschok, Cardiazol, Dauerschlaf (chez Orell Fussli, Zurich, 1937).
3. A. LEROY. — Le traitement convulsivant de la démence précoce. *Journ. belge de Neurol. et de Psychiat.*, oct. 1937, p. 646.
4. BERSOT. — Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Nancy, 1937.

5. DEMOLE et BERSOT. — Choc insulinique et choc analeptique chez le lapin. *Arch. suisses neurol. et psych.*, 1937, vol. XXXIX, p. 108.
6. F. GEORGI. — Krampfproblem und Insulintherapie. *Arch. suisses de neurol. et de psych.*, 1937, vol. XXXIX, p. 49.
7. R. WIEN. — *Quart. Journ. of Pharmacy and Pharmacology*, 1936, 9, 268.
8. DEMOLE et SILBERSCHMIDT. — Vitamine B 1 et glycémie. *Praxis*, n° 20, 20 mai 1937.
9. DEMOLE. — Démence précoce, hypoglycémie, insuline, vitamine B 1. *Arch. suisses de neurol. et de psych.*, 1937, vol. XXXIX, p. 44.

Psychose addisonnienne. Essai de traitement chloruré,
par M. A. POROT.

Si l'on connaît bien les accidents nerveux simples et généralement brutaux qui accompagnent l'insuffisance surrénale aiguë (coma, convulsions, délire) et qui réalisent la forme encéphalitique de ce syndrome (Sergent), nous possédons beaucoup moins d'observations de vraies psychoses à lente évolution, se développant parallèlement à la maladie d'Addison.

A l'asthénie physique correspondent souvent des états dépressifs simples ou teintés de mélancolie, connus depuis longtemps. Quelques observations anciennes de Klippel, de Delmas, avaient montré les relations possibles de troubles délirants avec des crises d'insuffisance surrénale. Une thèse récente (1) rappelle ces quelques faits et en ajoute un nouveau, mais observé peu de temps.

Des recherches biologiques et expérimentales en ces dernières années ont fait intervenir, dans la pathogénie, des accidents de l'insuffisance surrénale, des données humorales nouvelles : l'hypoglycémie, l'acidose, l'hypochlorémie. Il en est résulté une série de thérapeutiques modernes qui renforcent le traitement opothérapique et dont bénéficient grandement les malades (chlorure de sodium, cystéine, cortine) (2).

C'est ce qui nous engage à publier l'observation suivante où l'on voit une psychose chronique recouvrir une maladie d'Addison typique et où l'on voit aussi les effets momentanément bien-faisants de la médication chlorurée intensive sur les manifestations de la maladie.

(1) LEBRUN (R.). — Contribution à l'étude de l'encéphalopathie addisonnienne. *Thèse de Paris*, 1937.

(2) On trouvera la mise au point de toutes ces données nouvelles dans un *Mouvement Médical de RIVORE. Presse Médicale*, 13 juillet 1935.

OBSERVATION. — Mlle Gom... Maria, âgée de 33 ans, habitant l'Oranie, est adressée à notre clinique à Alger par son médecin traitant, le 7 mars 1935. Elle a toujours vécu dans sa famille avec ses parents et ses cinq frères et sœurs, sans avoir jamais été malade.

A 28 ans, elle décide d'entrer dans un hôpital où existe une école d'infirmières pour en faire sa carrière. Au bout de deux ans, elle quitte brusquement cette école, prétendant qu'on lui manifeste de l'hostilité parce qu'elle aime un jeune étudiant. Elle reste à la maison, s'isole et finit par se claustre complètement pendant cinq à six mois. Elle parle seule la nuit, mais, la journée, est taciturne et renfermée, donnant à son entourage l'impression d'avoir des *idées d'influence* et de *persécution*.

Une semaine avant son entrée à la clinique, éclatent des *accidents aigus*. Elle parle, *s'agite*, est *anxieuse* ; elle paraît hantée par l'image du jeune homme qu'elle aime et qu'elle voit au plafond d'où il lui parle.

L'agitation anxieuse s'accroît ; elle ne mange plus, pleure bruyamment ; ses *idées de persécution* s'extériorisent davantage et s'étendent à tout l'entourage qu'elle déclare lui être hostile.

Elle a dû chercher à se faire du mal, car, à l'entrée, on trouve des cicatrices récentes au niveau du pli des deux coudes, cicatrices qu'elle avoue provenir de coups de canif qu'elle s'est donnés, dans l'intention de s'ouvrir les veines.

Sa famille nous signale un *amaigrissement notable* depuis un an.

L'agitation est telle au moment de l'entrée, qu'on doit lui faire une cure de somnifère.

Le 10 mars, au réveil, elle redevient très hostile, *refuse de manger* ; on doit l'alimenter à la sonde. On note déjà qu'elle vomit fréquemment et qu'elle rejette parfois ses sondes.

Le 15 mars, on note une légère détente. Elle consent à s'alimenter un peu, mais on remarque des *hallucinations* et des *idées de persécution soutenues* : il y a des hommes au plafond et dans les murs qui lui envoient des courants dans son lit. Ces symptômes s'accusent tous les jours qui suivent.

A partir du 20 mars, on note des *vomissements* très fréquents presque de suite après chaque ingestion d'aliments.

Il y a un gros amaigrissement, la *pression est basse* (9-7).

L'*asthénie* est extrême et, le 24 mars, elle a une syncope au moment de la pesée.

Cet état de faiblesse avec lipothymie et hypotension nous amène à examiner de plus près cette malade et nous notons une *couleur ardoisée* des lèvres, des *plaques ardoisées* très nettes à la face interne des joues, près des commissures. On note, au niveau de la face, un *masque pigmenté* diffus et uniforme qui aurait pu passer pour un « hâle » normal, si, en soulevant le menton, on ne l'avait vu s'arrêter nettement sous le menton, et si, surtout, l'on ne savait que la malade est

restée claustrée depuis près de deux ans. On retrouve du reste cette pigmentation au niveau du dos des pieds et des mains.

La pression reste basse à tous les examens et varie de 9-7 à 8-6.

La malade, qui est un peu plus lucide et plus docile, nous raconte qu'elle a remarqué cette pigmentation depuis 6 à 8 mois, d'abord isolément, par petits placards qui sont devenus confluents.

On fait quelques recherches humorales dans le sang :

Dosage de l'urée	0 gr. 45
Glycémie	0 gr. 78
Dosage des chlorures sanguins	5 gr. 55

Il y a donc hypoglycémie et hypochlorémie.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Tous les *réflexes tendineux* sont abolis.

Le diagnostic de maladie d'Addison s'impose.

On institue, le 27 mars, le *traitement hyperchloruré*, d'abord par des injections intraveineuses de 20 cc. de solution chlorurée à 10 0/0, puis par injection, chaque jour, de 6 à 8 cachets de 1 gr. de chlorure de sodium.

L'état mental, qui avait commencé à se détendre depuis une semaine et rendait la malade plus accessible à l'examen et plus docile, se transforme rapidement. Elle recouvre une lucidité totale, ne parle plus de ses hallucinations, s'inquiète de sa famille et de sa sortie prochaine.

Les vomissements disparaissent complètement et l'alimentation est possible.

Le 10 avril, on note que les réflexes tendineux ont réapparu.

Mais la pression reste toujours basse, aux chiffres indiqués plus haut ; la pigmentation reste sans changements.

Après quinze jours de traitement efficace, la malade devient de nouveau difficile et presque hostile. Elle ne veut plus continuer son traitement, présente à nouveau des vomissements, réclame impérieusement sa sortie.

Le 20 avril, on note qu'elle retombe dans un état confuso-mélancolique, a des crises anxieuses, se jette aux genoux du médecin, déclarant qu'il « se passe des choses étranges ».

Sa famille l'emmène le 22 avril, et nous la perdons de vue.

Mais, nous apprenons par le médecin qu'elle a refusé de se soigner chez elle, et finalement est morte fin août.

Notons, pour compléter l'observation, la présence d'une onde fébrile (37°8 à 38°5) du 22 au 31 mars, et l'amaigrissement rapide de la malade, qui perd 6 kilos 1/2 en cinq semaines.

Bien qu'il n'y ait pas eu de contrôle anatomique chez cette malade, le diagnostic de maladie d'Addison ne saurait être mis en doute : asthénie, hypotension, pigmentation typique, vomissements, constituent un syndrome trop caractéristique.

Il est difficile de préciser ici le début, toujours insidieux, de

la maladie. Nous savons seulement que la pigmentation avait été reconnue depuis 6 à 8 mois par la malade elle-même. Mais l'amaigrissement, comme le changement de caractère et les idées délirantes, dataient de plus d'un an.

L'état général fléchissait rapidement depuis ce moment.

Depuis près de trois ans, elle vivait au ralenti, chez elle, après avoir brusquement interrompu les études qu'elle avait entreprises. Nous n'avons malheureusement pas pu avoir de grands détails sur son état mental au début, mais nous savons qu'elle s'isolait, se claustrait même, toujours taciturne, laissant échapper des propos qui trahissaient des idées d'influence et de persécution, jusqu'au jour où l'agitation anxieuse et hallucinatoire imposa l'hospitalisation.

Il ne nous a pas été possible de faire toutes les analyses ou recherches humorales désirables, ni surtout de les répéter assez fréquemment pour en suivre les variations. Mais du moins, nous avons pu noter l'hypoglycémie que Maranon a constaté dans 72 0/0 des cas observés par lui. Il y avait aussi hypochlorémie.

Nous crûmes alors légitime d'essayer, chez cette malade, le traitement par le sel marin, préconisé par ce même auteur, puis par Rivoire, et nous assistâmes à une sédation immédiate des symptômes principaux : arrêt immédiat des vomissements, retour au calme et à la lucidité, réapparition de réflexes tendineux. Seules, la pigmentation et l'hypotension ne furent pas influencées.

Cette amélioration dura tant que la malade consentit à prendre régulièrement son chlorure de sodium. Mais son indocilité reparut et la priva du bénéfice de ce traitement. Elle fut, du reste, retirée par sa famille à ce moment.

Il importe de souligner les bons effets de cette thérapeutique nouvelle, si facile et si à la portée de tous ; à la dose de 10 gr. par jour, on a de véritables résurrections.

Il eût fallu y ajouter le traitement à la *cystéine*, préconisé par Rivoire et qui peut se combiner, en un seul temps, avec la thérapeutique chlorurée (1).

Nous pensons que, sans aller jusqu'au syndrome complet de la maladie d'Addison, la psychiatrie courante doit rencontrer, plus souvent qu'elle ne le croit, des syndromes, passagers ou permanents, primitifs ou secondaires, d'insuffisance surrénale, justiciables de cette thérapeutique, qui a complètement modifié l'aspect et l'évolution de ces états de déficience glandulaire.

(1) Les travaux de Binet et de ses collaborateurs ont montré le rôle des surrénales dans la synthèse des catalyseurs cellulaires : cystéine et glutathion.

Psycho-encéphalite à poussées successives, caractérisée par des accidents convulsifs, suivis de bouffées délirantes, par MM. POROT et BARDENAT.

On observe encore, de loin en loin, à l'état sporadique, des encéphalites rappelant l'encéphalite épidémique, mais d'une symptomatologie un peu dégradée et atypique. La dominante mentale n'y est pas rare et ce sont souvent les services de psychiatrie qui les recueillent. Une observation attentive permet parfois de relever des signes d'ordre neurologique, quand de violents accidents, tels que des convulsions, ne viennent pas trahir d'emblée le substratum organique des désordres.

Voici une observation assez caractéristique à cet égard :

OBSERVATION. — Une jeune femme de 25 ans, Mme N..., est amenée d'urgence à l'hôpital de Mustapha, dans un service de médecine, le 29 mars 1936. Elle est dans le *coma*, a 40° de fièvre et présente des *crises convulsives*.

Les recherches de laboratoire pratiquées dès l'entrée éliminent le paludisme, le coma diabétique, et l'on s'arrête à ce moment à l'hypothèse d'une intoxication aiguë barbiturique, car la malade a du gardénal dans son sac à main.

La réalité est différente et voici l'histoire de cette malade :

Sans antécédent héréditaire, elle n'a présenté jusqu'ici qu'une seule affection sérieuse à l'âge de 13 ans : une ostéomyélite de la hanche gauche, dont elle a guéri avec une ankylose entraînant de la claudication.

Elle s'est mariée il y a 15 mois, s'est trouvée tout de suite enceinte et a mené sa grossesse à terme en dépit d'une légère albuminurie permanente (0,75), d'un peu d'œdème malléolaire et d'une certaine nervosité, qui lui fit ordonner du gardénal.

L'accouchement a eu lieu en janvier 1936 sans incident, mais, depuis, la jeune mère se plaignait de céphalées frontale et de vertiges, malaises auxquels s'ajoutent dès le 20 mars de l'asthénie, de l'anxiété, de l'insomnie et des cauchemars.

Le 28 mars, brusquement, la malade fait une chute par dérochement des jambes, et quelques heures après récide. Cette fois des *convulsions épileptiques* typiques suivent la chute : il y a perte de connaissance, morsure de la langue et émission d'urines. La crise dure une demi-heure. D'autres se succèdent à intervalles rapprochés jusqu'au lendemain où l'on décide l'admission à l'hôpital. Entre temps, la malade a vomi, présenté de l'*agitation anxieuse* et une fièvre élevée s'est allumée.

Le 29 mars, après une saignée copieuse, de la coramine, du sérum glucosé en injection intraveineuse, les convulsions cessent, mais il persiste une confusion profonde et de l'agitation. La ponction lombaire ne montre rien d'anormal et la malade est évacuée le 2 avril sur le service de psychiatrie.

A ce moment, la fièvre est tombée, la jeune femme n'a plus de convulsions et tous ses réflexes sont normaux. Mais elle est *anxieuse* et *hallucinée* : elle voit des voleurs, entend la radio et le cinéma lui annoncer la mort de son bébé ; ses perceptions sont obtuses ; elle est complètement désorientée.

Pendant deux jours se prolonge un état d'onirisme avec des images violentes et des scènes d'un dramatisme absurde. Son lit est sur une montagne ; des soldats l'approchent et elle fuit dans les airs, puis est précipitée dans la mer où des poissons la mordent et elle manque de se noyer ; mais elle est repêchée et (la réalité se mêle au rêve) on lui passe la camisole. Alors les murs de sa chambre se renversent et elle se trouve sur une plage où déferle en toutes petites vagues une mer très bleue.

L'examen pendant ce temps montre, avec une réflectivité normale et l'absence de signes oculo-pupillaires, l'intégrité des appareils pulmonaire, cardio-vasculaire et uro-génital. L'état général paraît cependant médiocre et il existe un *herpès labial* très apparent. Toutes les réactions du sang sont normales en dehors d'une légère anémie hypochrome à 3.500.000 gr. par mmc.

Vers le 5 avril, notre malade sort de son état confusionnel et l'onirisme se dissipe. Mais elle demeure maussade et se met à développer des *idées de préjudice*, accusant le personnel de la maltraiter. Elle est craintive, s'effraye des autres malades.

Elle sort, améliorée, du service, le 16 avril et est suivie à la consultation. Le 21, des symptômes neurologiques apparaissent : *troubles de la marche*, qui est hésitante, se fait à petits pas, avec une *titubation ataxique* ; troubles de la parole (*dysarthrie* exagérée par l'émotion), tremblement modéré et diffus. Le régime des réflexes est un peu vif avec diffusion des excitations ; les réflexes cutanés sont présents. La coordination est normale. Il n'y a pas de dysmétrie malgré la maladresse du geste. La sensibilité objective est normale ; mais la malade signale des *douleurs* spontanées mobiles et fugaces, des *vertiges*. Elle a des *angoisses* et garde une amnésie lacunaire relative à son accès confusionnel. Il persiste en outre de la lenteur et de l'incertitude de la pensée.

Vers la fin du mois d'avril, la malade éprouve un mieux-être sensible, mais elle présente coup sur coup une petite *éclipse de la parole* qui dure une demi-heure, puis une véritable *absence* le 5 mai.

Le 7 mai, la malade est, pour la seconde fois, conduite à l'hôpital dans le *coma*, avec de la *fièvre*, à la suite d'une *crise comitiale* complète, exactement calquée sur celle du 28 mars.

Dans le service, elle est confuse, a du *hoquet*, présente une crise

de contractions toniques avec trismus, poulx petit, serré et rapide, mydriase.

Le 9 mai, la fièvre est éteinte, la confusion a disparu et les règles apparaissent pour la seconde fois depuis l'accouchement. Une nouvelle ponction lombaire donne les résultats suivants :

Manométrie normale.

Cytologie = 0,5 élément par mmc.

Albumine = 0,20.

Réaction de Wassermann négative.

Réaction du benjoin normale.

Quelques jours plus tard, la malade peut raconter les scènes oniriques de la période confusionnelle : un squelette se balançait à la chaîne du lampadaire de la salle, l'arbre de la cour se muait en singe et s'approchait d'elle en gesticulant, etc. Elle s'amuse beaucoup de cette fantasmagorie qui vient cependant de la terrifier. Elle passe du reste facilement du rire aux larmes et témoigne d'une *hyperémotivité* manifeste. Elle se plaint de céphalées, de palpitations, mais il n'existe aucun signe neurologique important, hormis l'incertitude de la démarche et une certaine vivacité des réflexes.

Le 18 mai, la malade éclate en *revendications violentes*, au cours d'une scène où son *émotivité* se traduit par des troubles vaso-moteurs, du *tremblement*, de la dysarthrie. Elle se prétend menacée, brutalisée, insultée.

Le 20 mai, on assiste à une *crise comitiale* typique et assez intense qui dure trois minutes et à laquelle succède une obnubilation post-paroxystique prolongée pendant plusieurs heures. On enregistre à ce moment une *inégalité pupillaire avec mydriase relative de l'œil gauche*.

Les jours passent avec des alternatives de calme et d'agitation hyperémotive accompagnée de revendications, de cauchemars, d'hallucinations à l'état de veille.

Le 28 mai, la malade signale pour la première fois une *diplopie transitoire*. L'examen oculaire n'apprend rien d'objectif.

Le 11 juin, la malade obtient sa sortie.

Nous la revoyons à la consultation peu après et notons son extrême hyperémotivité : le débit de sa parole est très inégal ; il y a de la blésité. L'humeur est instable. Les gestes sont maladroits avec du *tremblement intentionnel*, mais pas de dysmétrie. L'équilibre est incertain, la force musculaire est amoindrie, la fatigabilité rapide. La malade se plaint de rachialgie.

Le 22 juin, elle a quelques *secousses jacksonniennes* dans le bras gauche. Elle entre à nouveau dans le service où elle va passer un mois. L'humeur est troublée. Des *hallucinations* surviennent *au moment de l'endormissement* et les images visuelles perçues ont des détails très précis, si précis que la malade en arrive à croire fermement à leur réalité. Ces hallucinations ont un haut potentiel affectif (on vient prendre son enfant, la tuer, enlever son mari...).

Il y a cependant peu de remarques à faire du point de vue objectif sinon que la *faiblesse* musculaire, la *maladresse* et le *tremblement* sont *majorés au bras gauche*, et qu'on a plusieurs fois observé une *salivation exagérée*. Les poumons sont normaux ; la tension artérielle est un peu basse (8,5-5,5 au Vaquez). Les examens du sang sont normaux.

Du 10 au 17 juillet, la malade est réglée ; son *éréthisme émotif* est accru et elle redoute une nouvelle crise. On constate alors un jour, au membre supérieur gauche, de *petits mouvements myocloniques* intéressant la main et l'avant-bras.

En même temps, la *dysmétrie* s'accuse dans ce membre alors qu'il n'en existe point du côté opposé.

Le 24 juillet, la malade sort. Elle va à la campagne dans un pensionnat. C'est là que l'un de nous est appelé à la voir, le 7 août, à l'occasion d'une quatrième crise convulsive. La crise avait été annoncée la veille par la jeune femme, avertie par de vagues malaises. Le lendemain, elle tombe brusquement en descendant un escalier et fait une crise convulsive complète, a des séries de secousses pendant plusieurs heures et dans tout le corps. Il n'y a pas de fièvre. Au décours, l'inertie est complète et la confusion absolue.

Le 8 août, la malade est réveillée, mais asthénique et ralentie avec amnésie lacunaire. Il y a de l'hypercrinie (salivation). Les réflexes sont normaux après avoir été momentanément exagérés au sortir de la crise.

Une ponction lombaire donne :

Tension au Claude, 34.

Queeckenstedt positif.

Cytologie normale.

Albumine : 0,20.

Wassermann négatif.

Les jours suivants, la malade présente un *état euphorique* avec de l'*hilarité immotivée* qui ne dure pas et fait bientôt place, comme les fois précédentes, à des idées de persécution : elle est ramenée chez elle le 22 août, après avoir été réglée du 11 au 18.

Son traitement a consisté essentiellement en trois séries de salicylate de soude en injections intraveineuses (14 gr. pour la première série, 15 pour la seconde, 16 pour la troisième).

Nous avons fait rechercher cette malade, que nous avions perdue de vue depuis 15 mois. Elle est revenue volontiers à notre consultation. Elle est aujourd'hui en parfaite santé ; son mari signale qu'elle n'a eu qu'un petit malaise en novembre 1936, très passager : un jour d'énervement avec angoisse, sans fièvre, sans céphalées, sans crise convulsive. Il n'y a jamais eu d'épilepsie ; l'humeur est gaie ; la malade a repris toute son activité.

A l'examen, nous n'avons trouvé aucun stigmate neurologique, au-

cune séquelle, rien qui rappelle les états figés ou le ralentissement des parkinsonniens post-encéphalitiques.

En résumé, une jeune femme, quelques semaines après un accouchement, tombe brusquement dans un état de mal comitial avec température à 40°, herpès labial ; puis survient une poussée de confusion anxieuse et hallucinatoire, avec onirisme et visions animées, qui se dissipe en 48 heures, mais laisse un état d'hyper-émotivité prolongé et découvre de petits désordres neurologiques (troubles de la marche, dysarthrie) assez fugitifs.

Coup sur coup, en moins de 5 mois, elle présente 4 fois ce syndrome convulsif avec fièvre passagère, chaque fois suivi de crise onirique avec hallucinations visuelles et bouffées paranoïdes consécutives, chaque fois aussi escorté de symptômes neurologiques fugaces et variables : hoquet, trismus, diplopie, myoclonies, titubation, dysarthrie, sialorrhée.

Entre chaque crise, la malade paraît revenir à un état normal, mais reste sensibilisée au point de vue émotif et présente une instabilité d'humeur particulière.

On ne saurait contester, au point de vue nosologique, qu'il s'agit d'une encéphalite, plus exactement d'une *psycho-encéphalite* ; si la symptomatologie psychique a dominé au point de nécessiter l'admission dans un service spécial, trop de signes neurologiques l'ont escortée pour ne pas admettre un substratum organique.

Certains symptômes, même, permettent d'invoquer la localisation élective qu'affectait la maladie de Von Economo pour la région mésencéphalique : hoquet, trismus, ataxie, diplopie passagère. Et même, dans les hallucinations visuelles racontées par la malade, on retrouve les traits de l'« *hallucinose pédonculaire* » avec son imagerie itérative, prédominant au moment de l'endormissement.

Chaque poussée, convulsivante et fébrile, était suivie d'une bouffée délirante assez polymorphe, faite de confusion, d'anxiété, parfois d'accès coléreux et paranoïdes, toujours à base d'éréthisme hyperémotif.

On pourrait discuter le rôle des crises épileptiques dans cette histoire. Si la maladie comitiale a pu être décrite comme séquelle de l'encéphalite chronique, par Wimmer en particulier, Guiraud et Thomas, les formes convulsivantes initiales ont été d'observation plus rare, encore que mentionnées par Achard et rappelées par Wimmer.

Ce qui donne à ce cas particulier son originalité, c'est le fait

que chaque bouffée délirante était, en quelque sorte, commandée par des accidents convulsifs qui marquaient le début de chaque reprise évolutive. On aurait pu penser à ces accidents confusionnels qui succèdent parfois, pendant un ou plusieurs jours, à une crise d'épilepsie banale. Mais ici, la présence de fièvre, de signes neurologiques si particuliers, montrait qu'il s'agissait d'une poussée encéphalitique bien caractérisée.

S'agit-il d'un cas sporadique de la maladie de von Economo ou d'une encéphalite voisine ? Nous ne pouvons trancher ce point nosologique. Pratiquement, après 18 mois, il ne semble pas que la malade évolue vers les séquelles habituelles de l'encéphalite épidémique.

Paralysie générale chez la mère et la fille. Précession de la maladie chez l'enfant, par MM. POROT, BARDENAT et SUTTER.

La paralysie générale infantile et la paralysie générale familiale ont suscité, dans ces dernières années, de nombreuses publications ou présentations, comme en peuvent témoigner nos Bulletins (1).

On a surtout cherché à préciser les conditions d'apparition, les rapports entre la syphilis de l'enfant malade et celle des parents. Dans un petit nombre de cas, il n'y a pas hérédo-syphilis, mais bien contamination de la première enfance (Crouzon, Mollaret). Mais le plus grand nombre des paralysies générales infantiles sont le fait d'une hérédo-syphilis.

Quand la syphilis touche le système nerveux des géniteurs et de l'enfant, on peut n'avoir, chez les premiers, qu'une neuro-syphilis latente, simplement humorale, décelée à l'occasion des recherches que suscite la maladie de l'enfant.

Des cas ont pourtant été signalés où il y avait bel et bien paralysie générale évolutive chez les parents comme chez les enfants. L'observation la plus curieuse est celle qui a été rapportée par Van Bogaërt (2) : à la première génération, la mère,

(1) Présentations à la *Soc. Méd.-Psych.* :

- Brissot et Devalet, 12 juillet 1934.
- Pichard, André et Lecomte, 12 déc. 1935.
- Dupouy et Royer, 12 nov. 1936.
- Marchand, Brissot et Deloue, 14 janv. 1937.
- Marchand, Longuet et Anglade, 11 fév. 1937.
- Pierre Loo, 22 mars 1937.
- Delmond, Longuet et Anglade, 8 avril 1937.

(2) *Journ. belge de Neurol. et de Psych.*, janv. 1936, p. 50.

paralytique générale, a une sœur atteinte de neuro-syphilis, sérologiquement et cliniquement authentique. Cette mère a deux enfants atteints de paralysie générale juvénile et deux autres suspects de neuro-syphilis.

Il nous a été donné d'observer un de ces cas familiaux. Nous avons eu à poser, en 1936, chez une enfant de 14 ans, le diagnostic de paralysie générale infantile évoluant depuis près de 3 ans déjà et sous une forme assez particulière ; nous nous étions rattachés à une étiologie hérédo-syphilitique, en raison d'un Wassermann positif chez la mère. Moins de 2 ans après, cette mère, qui suivait avec beaucoup d'attention la maladie de sa fille, nous arrivait, par ricochet, d'un service de chirurgie où un gros amaigrissement avec hypochondrie l'avait fait entrer. Des signes neurologiques précis et la ponction lombaire nous amenaient à poser aussi chez elle le diagnostic de paralysie générale.

Voici ces deux observations, la première résumée, car elle a déjà paru *in extenso* (1).

Nous avons eu l'occasion de présenter, à la Société de Médecine d'Alger, le 22 janvier 1937, une paralysie générale infantile dont voici l'observation résumée :

Madeleine R... n'a rien eu de particulier dans sa première enfance qu'une certaine difficulté d'articuler les mots. Jusqu'à 13 ans, elle est allée à l'école où elle était studieuse et appliquée et progressait normalement. Or, vers le début de 1933, l'humeur change brusquement sans raison ; le rendement scolaire devient vite si mauvais qu'il faut retirer l'enfant de l'école. On essaie de lui faire apprendre la couture, mais, au bout d'un mois d'atelier, on doit renoncer à poursuivre, à cause de la maladresse grossière et de l'humeur difficile de la malade.

En mai 1935, après une période de céphalées diffuses, apparaît un ictus incomplet avec hémiparésie droite transitoire, aphasie fugace et secousses cloniques de la face. D'autres crises suivent, les troubles du caractère s'aggravent, l'enfant se désintéresse de tout et ne peut plus travailler ; elle formule des réflexions absurdes et râbache. La parole est explosive, mal assurée... Il y a des rires inadaptés, des gestes stéréotypés, de l'insomnie.

Dans le service où elle entre, le 13 février 1936, on note la difficulté de l'attention et la dispersion des idées, la puérilité du raisonnement avec des erreurs de calcul grossières et un recul des notions didactiques qui permet de lui assigner un âge mental de 6 ans environ. Ce déficit intellectuel est simple, sans délire. Il existe une dysarthrie très prononcée complétée par des répétitions, des élisions, des achop-

(1) Soc. de Méd. d'Alger, 22 janv. 1937.

pements. La motricité générale est perturbée gravement : la marche se fait à petits pas sur le type spasmodique ; il y a de la dysmétrie, de la lenteur, du tremblement qui revêt même au repos l'allure de l'instabilité choréiforme. Les pupilles et le fond d'œil sont normaux.

De mai à novembre, il a été fait quatre ponctions lombaires à cette enfant. Elles sont caractérisées par une pression et une cytologie normales, mais, par contre, une légère hyperalbuminose et des réactions spécifiques fortement positives qui demeurent irréductibles à la fois à la paludothérapie et au traitement arsénical intensément poursuivi.

Parallèlement, l'état neurologique et mental allèrent en s'aggravant sensiblement. En janvier 1937, on constatait avec le puérilisme et l'absurdité du jugement, un ralentissement global de l'activité mentale, une euphorie niaise, l'anesthésie des sentiments familiaux. Les troubles moteurs se sont exagérés, la démarche est franchement ataxique. Il n'y a pas de symptômes pupillaires.

En somme, cette enfant a présenté à la fois des signes mentaux caractérisés par une insuffisance globale simple et progressive, des signes physiques dominés par un syndrome paratonique et ataxo-spasmodique avec une dysarthrie massive, des signes biologiques de méningo-encéphalite spécifique. Elle réalise intégralement le tableau de la paralysie générale infantile telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Quelques mois plus tard, nous sommes amenés à nous occuper de la mère de la jeune malade, dans les circonstances suivantes :

Elle se présente le 27 mai 1937 à la consultation de psychiatrie dans un état d'excitation anxieuse extrême, contrastant avec l'humeur paisible qu'elle avait montrée jusqu'ici, quand elle accompagnait sa fille aux visites. Elle nous raconte que, depuis plus d'un mois, elle a la gorge en feu, ne peut rien avaler, a beaucoup maigri. Son médecin ne lui a rien découvert. Elle est allée le revoir pour des douleurs abdominales intolérables et un arrêt total des selles. Derechef, l'examen demeure négatif et le médecin qui « n'y comprend plus rien » (en réalité, il redoute une crise de subocclusion) l'adresse dans un service de chirurgie. Les investigations cliniques et radiologiques sont infructueuses et la malade nous est envoyée pour « troubles subjectifs ».

De fait, Mme R... qui a 47 ans, n'a jamais souffert de sa vie, a deux enfants dont la cadette est notre paralytique générale infantile et l'aînée bien portante, se présente comme une hypocondriaque anxieuse. Il y a cependant autre chose. D'une part, cette hypocondrie qui ne se justifie pas par des lésions locales offre un caractère délirant. D'autre part, l'amaigrissement qui a commencé voici 18 mois atteint actuellement 23 kilos et une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang faite à notre demande en 1936 a été positive. Enfin, l'exploration neurologique nous révèle l'affaiblissement des réflexes rotuliens, l'absence du médio-pubien et du cutané abdominal, une hypotonie musculaire du type tabétique.

Sans doute, il n'existe ni dysarthrie, ni tremblement, ni signes oculo-pupillaires, ni Romberg et la sensibilité profonde n'est-elle pas altérée ; on décide néanmoins de faire une ponction lombaire et la malade est hospitalisée le 29 mai.

Voici les résultats de la ponction : manométrie normale ; cytologie = 12 éléments par mmc. ; albumine = 0,40 0/00 ; Bordet-Wassermann = fortement positif ; benjoin colloïdal : 22201.22222.20200.0.

L'urée, la glycémie, la cholestérolémie sont normales.

La malade dort mal, et dans la journée, ne cesse de se plaindre avec des pleurs et de grands éclats de voix, se tord les mains, récrimine contre les médecins qui la laissent mourir, ne l'écoutent pas, ne « comprennent pas sa maladie ». Le sédol ni le gardénal n'ont raison de son anxiété.

Devant cet ensemble de symptômes psychiques, physiques et humoraux, se pose à nous le problème de la paralysie générale. La malade est impaludée le 10 juin. Elle fait 10 accès jusqu'au 21 juin, puis subit un traitement au stovarsol sodique qui se prolonge jusqu'au 11 août.

Le calme psychique est lent à revenir. Présente et orientée, la malade ne peut cependant soutenir une conversation simple ; elle reçoit ses piqûres en protestant que celles-ci l'affaiblissent et la tuent. Son abord est hostile et larmoyant. Cependant, vers le 12 juillet, elle commence à s'intéresser au mouvement de la salle, discute avec une certaine logique. En août, elle est calme, accepte son traitement avec la notion qu'il est institué pour son bien. Ses réflexes ostéo-tendineux et pupillaires sont normaux. Son poids s'est stabilisé. Elle sort le 19 août.

Reentrée chez elle, elle reprend son existence coutumière et ne se signale en rien à l'attention des siens. Ses discours sont cohérents, sa parole aisée, sa mémoire satisfaisante. On peut cependant noter une réduction de l'entrain et de l'initiative, un fléchissement de l'affectivité à l'égard de la famille ; le visage est moins expressif, moins mobile.

Un contrôle humoral pratiqué le 22 octobre 1937 montre : manométrie normale ; cytologie = 4 éléments ; albumine = 0,40 0/00 ; Bordet-Wassermann = positif ; benjoin 00002.22221.00000.0.

Il paraît difficile de ne pas admettre qu'il s'agit, chez la mère aussi, d'une paralysie générale, comme chez la fille : amaigrissement progressif, état délirant hypochondriaque, agitation anxieuse, affaiblissement des réflexes ; nous retrouvons là les traits habituels de la forme dépressive, assez fréquente chez la femme. Une amélioration commence à se produire à la suite de la paludothérapie et du stovarsol ; mais la malade reste diminuée mentalement et les réactions humorales ne sont pas revenues à la normale.

Ce que nous tenons surtout à souligner dans cette histoire de paralysie générale familiale, c'est la succession chronologique inhabituelle des deux maladies. On peut faire remonter le début de la paralysie générale chez la fillette à l'année 1933, tandis que, chez la mère, elle ne s'est manifestée que 4 ans plus tard. C'est là, pensons-nous, un phénomène de *précession* qui mérite d'être signalé et dont on n'a guère parlé, jusqu'à ce jour, dans ces cas familiaux.

Il est susceptible de soulever des considérations de pathologie générale sur le neurotropisme plus ou moins actif d'un virus d'une génération à l'autre, sur l'influence du terrain ; mais nous entrerions dans le domaine dangereux des hypothèses et nous nous bornons à signaler une constatation clinique intéressante.

Confusion mentale après une injection de sérum antitétanique. Accident du travail. Invalidité, par MM. LEDOUX, DESRUELLES et GOMET.

Nous avons été désignés, en 1936, par le Tribunal de Besançon, le D^r Ledoux, Directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon, le D^r Gomet, Professeur, et moi, pour examiner un blessé qui avait présenté des troubles mentaux, et présentait encore un déficit intellectuel que les médecins traitants estimaient en relation directe de cause à effet avec une injection de sérum antitétanique.

C... J..., 38 ans, est blessé le 11 juillet 1935, au cours de son travail, par un fil de cuivre au 1^{er} espace interdigital droit. Après pansement, il présente le jour suivant de l'infection de la plaie, lymphangite avec fièvre. Son médecin décide de faire une injection de sérum antitétanique. Il va bien, la plaie se cicatrise, il n'y a plus d'infection. Le 7^e jour après l'injection de sérum alors qu'il se préparait à reprendre son travail, des accidents sériques graves avec troubles mentaux apparaissent. C... J... est conduit à l'hôpital Saint-Jacques à Besançon dans le service du D^r BAUFLE, Professeur à l'Ecole de médecine.

La température de C... est de 38°, il souffre en plus des accidents sériques ordinaires (œdèmes, éruption, troubles généraux), d'une arthrite du poignet gauche, d'une paralysie du bras gauche, et de troubles mentaux que le D^r BAUFLE a décrit : « agitation, insomnie, désorientation dans le lieu et dans le temps, état confusionnel avec hébété, obnubilation. »

Pas de signes cliniques de méningite. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne : 4 à 5 lymphocytes par mm³, nombreuses hématies, Bordet-Wassermann négatif. On peut en retenir l'hyperlymphocytose. Une numération globulaire de sang, faite 15 jours après, montre une anémie (3.831.250 globules rouges) et une hyperleucocytose (11.310 globules blancs). La formule leucocytaire montre une augmentation des mononucléaires (45 0/0), — c'est le déséquilibre sanguin de Pasteur Vallery-Radot, — une diminution des cellules de Turck. Au bout de 18 jours la fièvre est tombée, l'arthrite du poignet guérit, la paralysie du bras gauche aussi, C... est redevenu calme, mais il reste encore obnubilé. Il n'est pas douteux pour le Dr BAUFLE que les troubles mentaux confusionnels observés sont des accident sériques.

Avant sa blessure, C... était un homme intelligent, actif et sobre ; ouvrier électricien autodidacte, il était devenu contre-maître d'une usine d'électricité, puis homme de confiance, chargé de la surveillance de services compliqués. Il était dévoué, ponctuel, et sa mémoire était excellente.

Lorsqu'il a voulu reprendre ses fonctions, son entourage a remarqué que sa mémoire avait diminué, qu'il était insuffisant et irrégulier dans son travail, qu'il n'était plus capable du contrôle qu'il assurait, qu'il fallait le « doubler », c'est-à-dire faire vérifier ce qu'il avait fait. D'autre part, sa femme a remarqué des troubles du caractère, se traduisant par de l'inaffection et de l'irritabilité. Ceci ce passait à la fin de 1935, et le Tribunal ordonne l'expertise dans le cours de 1936.

Nous examinons C... le 25 septembre 1936, plus d'un an après les troubles mentaux contemporains des accidents sériques.

Dans ses allégations, C... est peu précis. Il se plaint de douleurs articulaires, de maux de tête, de troubles de la mémoire : « J'ai du mal à me rappeler quelque chose ; il faut que je le marque, même au téléphone. » Ton monotone, et devant lui, sa femme nous dit qu'il est sujet à des impulsions violentes, non motivées et que, dernièrement, il a cassé un appareil de T.S.F.

J'abrège cette observation, C... a l'air inintelligent, il se désintéresse de nos propos, son idéation est très ralentie, il est inattentif et sa mémoire est tellement diminuée qu'il ne se rappelle plus s'il est venu en autobus ou par le train : « C'est ma femme qui m'a amené », dit-il. Cette amnésie de fixation est en rapport avec son inattention. La mémoire des faits anciens est assez bien conservée. En somme, attention mauvaise, idéation ralentie, mémoire diminuée, inertie, indifférence, passivité : graves troubles de l'affectivité et de l'émotivité, et impulsions à la violence.

Au point de vue physique, C... est robuste et a une excellente

santé. *Aucun signe d'intoxication alcoolique*, aucun signe de syphilis des centres nerveux. Il n'y a plus trace de la paralysie du bras, ni de l'arthrite du poignet, ni de la plaie infectée, quelques troubles vasomoteurs (acrocyanoose).

Le diagnostic est celui de confusion mentale, en voie de chronicité, craintes de démence précoce.

Il s'est agi, en août 1936, d'accidents tardifs graves après une première injection de sérum (8 jours après cette injection) et qui ont été caractérisés, en outre des phénomènes classiques (oedèmes, urticaire, fièvre), par une arthralgie, une arthrite, une paralysie et des troubles mentaux. On ne peut invoquer l'infection de la petite plaie initiale, cette plaie infectée étant guérie au moment où ont débuté les accidents sériques. En l'absence de toute autre cause (infectieuse, toxique, toxi-infectieuse ou organique), nous avons estimé que le déficit intellectuel de C... était la séquelle encéphalique de graves accidents sériques.

Or, ces observations sont extrêmement rares dans la littérature médicale, et si les accidents de type méningitique (méningite sérique décrite par Sicard et Salin) sont bien connues, surtout à la suite de la sérothérapie intrarachidienne antiméningococcique, si les paralysies (des radiculites, d'après Lhermitte) ont été observées, décrites, interprétées depuis plusieurs années (Sézary et Dessaint ; Sicard ; de Gennes et Costes ; A. Thomas), nous n'avons pas trouvé décrits dans les traités classiques de troubles mentaux d'origine sérique, sauf un délire onirique de peu de durée qui accompagne souvent la fièvre.

De récents travaux ont été publiés sur les complications nerveuses de la maladie sérique par Paillas, puis par H. Roger et Paillas (1).

D'après Paillas, les manifestations cliniques neurologiques de la maladie sérique sont souvent temporaires, ce sont des perturbations humorales et fonctionnelles.

Dans les complications nerveuses, Paillas distingue des formes radiculo-neurotiques, des formes médullaires, des formes encéphaliques (motrices et psychiques), des formes méningées.

Les formes encéphaliques psychiques nous intéressent seules.

(1) PAILLAS. — Les complications nerveuses de la maladie sérique. Manifestations neurologiques et psychiatriques, *Marseille Médical*, 1936, n^{os} 1, 2 et 3.

Henri ROGER et Jean PAILLAS. — Les complications encéphaliques de la maladie sérique. *Paris Médical*, 1936, n^o 40, p. 230.

Ces auteurs donnent des indications bibliographiques très complètes et ont analysé avec détails les travaux antérieurs.

Paillas cite une observation de Bourguignon : encéphalomyélite disséminée après injection de sérum antitétanique chez un enfant de 8 ans. Il donne une observation inédite de Roger, Recordier et Paillas (obs. IV) : un enfant de 8 ans, après une injection de sérum antistreptococcique, a présenté, pendant 2 jours (avec d'autres troubles nerveux, état de mal, hémiplegie), une obnubilation marquée. Paillas indique que les troubles psychiques sont en général transitoires, que l'angoisse et l'agitation parfois délirantes qui succèdent immédiatement après l'injection, s'identifient avec l'état de choc et ne durent pas. Mais que, dans les formes tardives graves de la maladie sérique, le délire, confus et non systématisé, survient fréquemment ; il relate un état confusionnel aigu avec agitation et hallucinations observé chez un alcoolique par Carrat et Rocquigny ; un délire onirique de 36 heures observé par Tzank et Mlle Abadi chez un enfant de 10 ans, épisode d'une réaction sérique après injection antitétanique. Pour Tzank, ces manifestations psychiques sont les signes d'une réaction individuelle d'intolérance à type cérébral. Paillas signale ensuite de nombreux cas de réactions méningées survenues même quand il n'y a pas eu injections de sérum intrarachidiennes (que l'on doit considérer comme des réactions locales). La publication de Roger et Paillas rappelle, en les résumant, ces observations et, dans leurs conclusions, ces auteurs admettent les manifestations psychiques comme complications encéphaliques de la manifestation sérique.

Nous n'aborderons pas, dans cette communication, la pathogénie de la maladie sérique et de ses complications dans le domaine nerveux. Ce sont là des questions encore discutées ; trois théories ont été soutenues : toxique, infectieuse, choc. La tendance actuelle est d'admettre un choc colloïdoclasique dont les effets peuvent prédominer sur le système nerveux, et dans les cas exceptionnellement graves, une organisation scléreuse ultérieure pourra entraîner un déficit organique définitif (Paillas).

Dans le cas qui nous intéresse, nous ne pouvons douter des accidents sériques. Les uns sont classiques, les autres moins fréquents, mais l'arthrite du poignet gauche, de même que la paralysie du plexus brachial gauche, sont, avec évidence, les accidents sériques tardifs, observés après une première injection de sérum antitétanique. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré une réaction méningée, pourquoi pas aussi une inflammation corticale ?

Les troubles mentaux sont contemporains de ces mêmes accidents. Ils ont été observés par Carrat et Rocquigny chez un

hérédo-alcoolique. C... n'est pas alcoolique. D'autre part, il n'y a rien à retenir de ses antécédents héréditaires et personnels. Cependant, selon l'opinion de Tzank, y a-t-il une réaction individuelle à type cérébral ? Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons douter que la cause des troubles mentaux constatés en 1935 ne soient des accidents sériques, et le déficit intellectuel constaté en 1936 en est la séquelle. Il est curieux que, dans les publications de Roger et Paillas, il n'y ait aucune observation aussi démonstrative que celle-ci, mais que ces auteurs en aient prévu la possibilité.

Si bien que nous avons conclu, dans notre rapport d'expertise, qu'il y avait une relation directe de cause à effet entre le déficit intellectuel et l'injection de sérum antitétanique ; que cette injection était nécessitée par la blessure et, comme le dit Paillas : « La manifestation nerveuse sérique est en corollaire direct avec l'accident du travail. » (1).

Nous avons estimé l'invalidité à 60 0/0 avec des réserves au cas d'une aggravation avec évolution possible vers la démence, c'est-à-dire vers une diminution progressive de l'activité sociale du blessé et la nécessité d'un internement ultérieur.

A notre connaissance, cette observation (en France tout au moins) est la première où l'on peut considérer un déficit intellectuel de nature confusionnelle comme la séquelle de la maladie sérique.

Le choc colloïdologique de la maladie sérique peut donc être une voie d'entrée vers la confusion mentale chronique, la démence précoce, la schizophrénie.

M. LHERMITTE. — Le cas est intéressant. Les paralysies périphériques post-sériques sont fréquentes. Elles ont bien été étudiées et je rappelle notamment que Bertrand et Garcin ont trouvé des lésions histochimiques. Mais les localisations encéphaliques sont très rares. Personnellement, avec mes collaborateurs, j'ai vainement injecté des doses énormes de sérum antitétanique dans le cerveau et la moelle des lapins.

Aussi peut-on se demander si les troubles mentaux graves et irréductibles du malade en question étaient de même origine que ses troubles névritiques. Dans l'immense majorité des cas, les paralysies post-sériques finissent par s'arranger en un an 1/2 ou 18 mois.

(1) Au moment du dépôt de notre rapport, le travail de Paillas ne nous était pas connu.

M. POROT. — Ces guérisons ne sont pas, à mon avis, exemptes de séquelles neurologiques. Témoin, par exemple, le cas d'une de mes malades qui, vue pour autre chose, trois ans après la guérison d'une paralysie consécutive à une injection de sérum antitétanique, avait gardé une aréflexie généralisée.

M. LHERMITTE. — Je parle de guérison fonctionnelle, la seule qui importe. Dans d'autres affections neurologiques, notamment le syndrome de Guillain et Barré, les sujets ont recouvré toute leur validité, malgré une aréflexie persistante.

M. POROT. — Ils ne sont donc pas anatomiquement guéris.

M. GOURIOU. — Dans le syndrome de Korsakoff, ou psychopolynévrite alcoolique, on voit, comme dans le cas ici rapporté, la polynévrite régresser et les troubles mentaux persister.

M. X. ABÉLY. — J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de confusion mentale survenue après des injections de sérum antitétanique. Il s'agissait de deux alcooliques chroniques chez qui l'injection de sérum avait, comme eût pu le faire n'importe quel autre choc: pneumonie, traumatisme, etc., déclenché la confusion.

M. H. ROGER. — Les accidents sériques à localisation encéphaliques sont très rares, mais ils existent. J'ai vu survenir une hémiplégie deux ans après une injection de sérum antistreptococcique. Et à l'autopsie d'un malade atteint de polynévrite délirante, mort 3 mois après l'injection, j'ai, avec Paillas, trouvé des lésions dans l'encéphale, la moelle et les nerfs.

M. DESRUELLES. — Je remercie M. Lhermitte et M. Roger d'être intervenus, et il m'a été agréable de présenter cette communication devant M. H. Roger qui a répondu pour moi à M. Lhermitte puisqu'il est l'un des auteurs de la seule observation connue d'un malade, mort de maladie sérique, dont l'autopsie et l'examen histologique ont montré l'existence de lésions encéphaliques. Certes, dans la plupart des cas observés, les paralysies et les troubles psychiques sont transitoires, mais, comme l'a dit M. Porot, ils peuvent laisser des séquelles.

Je partage l'avis de M. Gouriou sur la prudence qu'il faut avoir avant d'employer le sérum antitétanique: un de nos confrères de province donne ses soins à un blessé léger, sans sérum antitétanique. Ce blessé meurt du tétanos. Quelque temps après, il donne des soins à un homme blessé dans des conditions identiques (c'est le blessé de notre observation), il fait du sérum antitéta-

nique et il observe des accidents sériques graves. D'après la jurisprudence actuelle (affaire de Valenciennes), il peut y avoir faute à ne pas faire de la sérothérapie antitétanique préventive ; il n'y a pas faute à en faire.

Comme l'a observé M. X. Abély, les troubles psychiques sont fréquents dans la maladie sérique chez les alcooliques, comme ils le sont chez les alcooliques qui font de la fièvre, et ces troubles ne durent pas. L'observation de Carrat et Rocquigny concerne un alcoolique. Mais notre blessé n'était pas alcoolique.

Grâce à l'observation clinique si bien prise par le Professeur Baufle (avec examen de liquide céphalo-rachidien et numération globulaire du sang), nous ne pouvions douter que notre blessé avait présenté, en août 1935, des accidents sériques aigus graves avec troubles mentaux. Pourquoi ne pas admettre que, pour des raisons qui nous échappent (réaction individuelle à type cérébral, Tzank), ils aient évolué vers la chronicité, comme évoluent parfois d'autres troubles psychiques aigus. Lors de notre expertise, nous n'avions pas de doute, mais la lecture des travaux de H. Roger et Paillas ont renforcé notre certitude. Enfin, s'il n'y avait pas eu accident du travail et, par conséquent, notre expertise, il est probable que cette évolution des troubles psychiques d'origine sérique vers un déficit intellectuel permanent serait restée ignorée.

Un cas de psychose de Korsakoff avec ulcère perforant et pleurésie à la suite d'une intoxication par l'héroïne, par M. A. REPOND.

M. A. B..., 27 ans, est un fumeur d'opium habituel : il en fume 15 à 30 pipes par jour. Il consomme aussi passablement d'alcool surtout sous forme d'apéritifs.

Très mauvais dormeur, il prend aussi assez habituellement des soporifiques sous forme de barbituriques.

D'après les divers renseignements qui nous ont été donnés, le malade n'a présenté aucun trouble physique ou psychique consécutif à cette intoxication multiple : celle-ci a duré, pour l'opium, avec des intervalles libres, depuis environ 5 ans. L'alcool est pris depuis 7 ans, en quantités abusives, mais assez irrégulièrement.

C'est sous l'influence d'une déception sentimentale que le malade absorbe un soir de l'héroïne achetée en contrebande, à la dose d'un demi-gramme. Sa famille, alarmée par son état, avait

déjà décidé auparavant de l'envoyer dans une station thermale pour l'y désintoxiquer. Le départ avait été fixé déjà antérieurement au lendemain du jour où le malade prit son héroïne : on le réveilla à grand'peine et on l'emmena malgré son état de profonde torpeur. Pendant le voyage, il perçut, malgré son état, de très violentes douleurs dans les pieds et il dut même se déchausser. Quelques heures après, on constata deux phlyctènes énormes sous la plante des deux pieds : incisées, elles évoluèrent sous la forme d'un mal perforant classique et ne guérèrent que très lentement (5 mois environ). Dès le lendemain, on constate chez le malade l'existence d'une pleurésie unilatérale qui, à la ponction, s'avère purement séreuse et guérit rapidement et sans complications dans la station d'altitude où le malade est envoyé peu après.

Dans le domaine psychique, on constate avant tout, chez le malade, un état stuporeux qui se prolonge une quinzaine de jours et n'a pas entièrement disparu 6 mois après l'intoxication.

Le malade, qui était antérieurement un individu agité, plein d'entrain, très actif, est depuis transformé. Il est passif, ralenti, paresseux. Très grand causeur avant, il est taciturne. Souffrant toujours d'insomnies, il dort, non seulement toute la nuit, mais une grande partie de la journée et se désintéresse de tout.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est :

1° Douze heures environ après l'ingestion de 0 cgr. 50 d'héroïne, l'apparition d'un mal perforant plantaire double.

2° L'apparition d'une pleurésie toxique 24 heures plus tard.

3° L'éclosion immédiate et l'établissement d'un état toxique démentiel qui persiste, atténué, 6 mois après.

M. GOURIOU. — L'apparition et la disparition rapides de troubles trophiques de nature toxique se sont présentées à moi dans les circonstances suivantes, alors que je remplaçais un médecin de campagne. Je suis appelé auprès d'une femme qui venait de voir ses jambes se couvrir de phlyctènes. Je trouve rien autre chez elle qu'un utérus fibromateux rétroversé et un intestin encombré de matières par une constipation datant de 3 jours. Je donne un lavement évacuateur, je redresse l'utérus et, 3 jours après, les phlyctènes avaient disparu.

M. POROT. — Dans le cas de M. Répond, c'est, à mon avis, plus l'alcool habituel que l'héroïne épisodique qui est justiciable des maux perforants. On sait, en effet, que les polynévrites alcooliques se manifestent plus par l'atrophie que par la paralysie.

M. H. ROGER. — Les barbituriques sont à incriminer plus que l'héroïne.

M. René CHARPENTIER. — Il s'agit dans ce cas d'intoxications associées : opiacés, boissons alcooliques, barbituriques, etc. L'ingestion massive d'une dose de cinquante centigrammes d'héroïne, d'ailleurs impure, n'est pas seule en cause.

M. HEUYER. — L'observation de M. Répond est certainement très intéressante, toutefois je me demande s'il s'agit bien, comme il le dit, d'un syndrome de Korsakoff car, d'après la description qu'il donne des troubles psychiques de son malade, il ne semble pas que celui-ci présente d'amnésie de fixation ni de fabulation, éléments essentiels du syndrome de Korsakoff.

D'autre part, il me paraît peu vraisemblable que la prise d'héroïne ait pu déterminer des troubles psychiques de cet ordre. L'opium et ses dérivés — morphine, héroïne — ne donnent pas d'état confusionnel, d'amnésie et de syndrome qui puisse ressembler à un syndrome de Korsakoff ; du moins, ces troubles ne sont pas consécutifs à une absorption du toxique, mais beaucoup plus à sa suppression brusque.

Je viens d'en avoir un exemple tout récemment sous les yeux. J'ai actuellement en traitement, à l'Infirmerie Spéciale, un toxicomane de 20 ans, qui a été arrêté pour trafic de stupéfiants. A la prison, il a présenté une agitation furieuse. Envoyé à l'Infirmerie Spéciale, il avait une légère confusion, mais un onirisme typique avec hallucinations visuelles et visions terrifiantes. Cet état s'est rapidement amélioré. Il y a 4 jours, la confusion avait disparu, mais persistaient des lambeaux de délire onirique au cours de la conversation : celle-ci paraissait d'abord tout à fait normale lorsque, brusquement, le sujet tenait un propos délirant, tel que celui-ci : « Quand la Samaritaine va-t-elle me livrer les paquets qui me sont annoncés ? » Le lendemain, le malade avait complètement rectifié tout son délire. Or, confusion et onirisme étaient survenus chez ce toxicomane, qui prenait quotidiennement $3/4$ de gramme d'héroïne par prise et par injections sous-cutanées. Ces troubles n'étaient pas dus à l'absorption du toxique, mais bien à la suppression brusque qui avait été pratiquée à l'entrée en prison, c'est-à-dire quelques jours avant que nous examinions le sujet à l'Infirmerie Spéciale.

Le malade de M. Répond est beaucoup plus complexe : ce n'est pas seulement un opiomane et un héroïnomane, c'est aussi un barbituromane chronique. Il y a donc là des éléments toxiques multiples, de telle sorte qu'il n'est pas évident que les troubles psychiques observés dépendent uniquement de l'absorption brusque et massive d'héroïne.

Débilité mentale et paralysie générale infanto-juvénile.
A propos d'un cas de paralysie générale juvénile à début épileptique chez un hérédo-syphilitique, par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ (de Marseille).

On désigne, sous le nom de paralysie générale juvénile, les méningo-encéphalites syphilitiques apparaissant après la puberté, par opposition à la paralysie générale infantile qui survient avant la puberté. Parfois on groupe, sous la dénomination de paralysie générale infanto-juvénile, l'ensemble de ces processus généralement d'origine hérédo-syphilitique.

Depuis la première description française par Régis, en 1883, sous le terme de *paralysie générale des prématurés*, plusieurs travaux d'ensemble en ont fixé le tableau dans tous ses détails. Les thèses de Nicolas Delmas (Bordeaux 1898-99) et de Huguet (Paris, 1913) constituent des mises au point déjà anciennes. La question a été reprise et développée entièrement par Le Bourgo (Thèse, Bordeaux, 1921-22). Goldztein a soutenu récemment une thèse à Lyon sur ce sujet (1937). En 1935, Brissot et Devallet, s'en tenant uniquement à la paralysie générale infantile, distinguent une forme massive, la plus fréquente, déjà décrite par Toulouse et Marchand sous le nom d'idiotie acquise, caractérisée par un affaiblissement intellectuel précoce aboutissant rapidement à une démence complète ; une forme évolutive, dans laquelle la démence s'établit lentement, à la manière de l'adulte.

Pour ces auteurs, la forme juvénile présente, à peu de chose près, le même tableau clinique, quant à l'évolution des symptômes, que la paralysie générale de l'adulte.

Nous ne pensons pas que la paralysie générale juvénile soit toujours calquée sur celle de l'adulte, et c'est pourquoi nous publions le cas suivant qui s'en distingue par bien des points :

Main... André, 25 ans, docker.

Histoire de la maladie. — Le malade a été ramené à son domicile, il y a quatre ans, à l'occasion d'une crise comitiale.

Il a eu depuis lors, 5 à 6 crises. La dernière, il y a deux mois, a été caractérisée par un cri, quelques soubresauts sans convulsions franches, une perte de connaissance d'une durée d'1/4 d'heure avec stertor, sans morsure de la langue ni incontinence d'urine, mais avec amnésie consécutive.

Il est vraisemblable que les crises sont en réalité plus fréquentes, car la plupart sont nocturnes, et pour celles qui sont diurnes, il est possible que le malade n'ait pas signalé à sa mère toutes celles qu'il a eues.

Depuis le début des crises, et surtout depuis deux ans, affaiblissement intellectuel progressif avec insouciance complète. Le malade est négligé dans sa toilette, il est amnésique. Il n'a été gardé que par commisération dans la compagnie où il est depuis 7 ans, et où son frère travaille à côté de lui. Ayant interrompu ses occupations depuis deux mois, il reste à la maison où il ne manifeste aucune affectivité, ne s'intéresse à rien, ne lit plus, ce qu'il faisait autrefois volontiers. Par contre, il voudrait toujours sortir, présente une irritabilité extrême et des colères violentes. Il ne paraît pas avoir présenté d'idées délirantes. Il reste presque toute la journée sans parler, prononce à peine quelques mots.

Antécédents. — Si le début apparent de la maladie remonte à quatre ans, on peut toutefois établir une série de symptômes antérieurs. André est né à terme, l'accouchement a été normal. Il n'a pas eu de convulsions infantiles, pas de retard de la marche, mais la parole a été difficile jusqu'à l'âge de trois ans où elle est devenue normale. Il a été en classe jusqu'à l'âge de 13 ans ; mais il était lent à apprendre, toujours en retard par rapport aux élèves de sa classe. Il restait aussi inférieur comme mentalité par rapport à son frère de trois ans plus jeune que lui. A partir de la puberté s'est installé un état d'instabilité et d'irritabilité qui l'a fait changer plusieurs fois d'occupations : d'abord apprenti mécanicien, il a voulu ensuite naviguer, et il a ainsi voyagé pendant trois ans, mais avec des changements innombrables de bateaux et de compagnies, parce qu'il se disputait souvent avec ses camarades. Depuis 7 ans, il travaille cependant comme docker, à côté de son frère, dans la même entreprise de chargement.

Une surdité est survenue vers l'âge de 16 ans, et n'a cessé d'augmenter lentement depuis ; elle a été précédée d'otorrhée, ce qui a fait réformer le malade à son arrivée dans la flotte.

Une particularité importante a attiré l'attention des médecins qui l'ont visité à l'âge de 13 ans, comme pupille de la nation : c'est une énorme inégalité pupillaire que la mère a déclarée congénitale, et qui a incité les médecins à prescrire des injections intra-musculaires qui n'ont pas été poursuivies (pas d'examen de sang préalable).

Comme autres antécédents, signalons l'éthylisme, un apéritif matin et soir ; pas de maladies antérieures. Il est impossible de savoir, étant donné l'état démentiel actuel, s'il y a eu maladie vénérienne.

Le malade a un frère âgé de 22 ans, qui est en bonne santé et dont l'intelligence moyenne a toujours été supérieure à celle d'André. La mère est en bonne santé, le père a été tué au front à 26 ans. La mère n'a eu que deux enfants, pas d'autre grossesse.

État actuel en juillet 1937. — Le jeune A. est amaigri bien qu'il mange « comme une bête », au dire de sa mère. Il a les dents mal implantées, une voûte ogivale, un faciès inexpressif et égaré. Il ne prend aucune part à la conversation, il manifeste une indifférence totale. Il faut lui arracher les mots, et il ne répond que par monosyllabes aux questions posées. Par les quelques mots qu'il prononce, et

la répétition de quelques mots d'épreuve qu'on arrive à grand'peine à lui faire prononcer, on note une dysarthrie très accentuée avec élision des syllabes, achoppement. Le malade a de plus de gros troubles de la mémoire, rendant presque incompréhensibles les mots répétés. Le tremblement préoratoire des lèvres est très accusé ; il y a un tremblement de la langue avec parfois léger tremblement de la tête. Le malade a de plus une surdité qu'il est impossible d'explorer à cause de l'intellect.

L'examen des yeux révèle une pupille droite dilatée au maximum, 3 fois plus élargie que la pupille gauche de dimension moyenne ; toutes deux sont irrégulières, non contractiles à la lumière, et la gauche est à peine contractile à l'accommodation.

Aux membres supérieurs et inférieurs, il y a un tremblement dans les attitudes fixes, sans déficit pyramidal net. Les réflexes sont très vifs, sans clonus ni Babinski. On peut signaler une légère dysmétrie avec légère hypotonie des membres inférieurs.

L'examen des divers appareils révèle un état normal. Pas d'aortite.

La tension est à 12-8. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Le Bordet-Wassermann est très fortement positif dans le sang. L'urée est de 0 gr. 55.

Liquide céphalo-rachidien, 20 leucocytes par mmc. Albumine, 0,32, Bordet-Wassermann fortement positif.

Fond d'œil normal.

Le malade est hospitalisé à la clinique neurologique en octobre. Il y est impaludé. Son état est encore stationnaire.

Ainsi, un jeune homme commence à 21 ans à présenter des crises comitiales ; peu après s'installe un état démentiel qui n'est complet qu'au bout de quatre ans et qui ne peut pas être mis sur le compte de l'épilepsie, à paroxysmes assez rares. La dysarthrie, le tremblement des membres et des lèvres imposent le diagnostic de paralysie générale, que confirme l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Il s'agit donc d'un paralytique général juvénile à *début épileptique*.

A priori, étant donné les tendances plus convulsivantes des jeunes, il semble que pareil début doive être monnaie courante dans cette forme. En fait, si les premiers auteurs avaient noté surtout le début par affaiblissement intellectuel progressif, Delmas signalait, dès 1899, l'ictus apoplectiforme ou épileptiforme initial comme spécial à l'enfant, et Huguét insistait sur cette modalité de début par une crise convulsive. Raymond a signalé une crise épileptique purement sensitive. Le Bourgo, qui a fait l'étude analytique de 89 observations de paralysie générale d'enfants et d'adolescents (sur les 116 cas qu'il estime connus), a noté 13 fois le début par ictus apoplectiforme ou épileptiforme.

En général, cet ictus revêt la forme classique, accompagnée de perte de connaissance avec coma, stertor consécutif et obnubilation psychique transitoire. Parfois, la crise comitiale est de type jacksonien, mais de simples équivalents peuvent remplacer ces accidents épileptiformes.

Il est regrettable que les divers auteurs n'aient pas établi de distinction suffisante entre l'ictus apoplectiforme et la crise comitiale vraie.

A l'encontre de la plupart des neuro-psychiatres, Brissot et Devallet, limitant leur étude aux enfants avant la puberté, considèrent comme rare le début par ictus apoplectiforme ou plutôt épileptiforme, laissant après lui des séquelles paralytiques des membres, habituellement transitoires.

On sait tout l'intérêt qu'on attache actuellement, depuis la malariathérapie, aux crises comitiales des paralysies générales. Ces crises apparaissent parfois uniquement après l'impaludation et elles ont été expliquées par une tertiarisation du processus méningo-encéphalique. Pareilles crises, cependant, peuvent exister avant toute thérapeutique et même constituer un mode de début de la maladie.

Chez l'enfant et chez les jeunes, une telle association morbide n'a pas moins suscité de controverses. Il y a lieu, en effet, de distinguer, avec Marchand, deux sortes de crises. Si les crises convulsives précèdent immédiatement l'affaiblissement dementiel, il s'agit réellement d'une paralysie générale à début épileptique ; mais si l'enfant a des crises épileptiques depuis le tout jeune âge, et si l'état dementiel s'installe beaucoup plus tard, au voisinage de la puberté, il s'agit d'un épileptique qui devient paralytique général. Dans le premier cas, la méningo-encéphalite prédomine d'emblée au niveau des régions corticales épileptogènes ; dans le second, il existe des lésions corticales épileptogènes, sur lesquelles se greffe plus tard la méningo-encéphalite diffuse. L'hérédité syphilitique conditionne ces deux manifestations : épilepsie et paralysie générale.

Cette évolution en deux phases, mise en honneur par Marchand à propos de l'épilepsie hérédo-syphilitique compliquée de paralysie générale, nous voudrions y insister à notre tour, mais en ce qui concerne le *fond mental précoce*, sur lequel évoluera ultérieurement la paralysie générale, sur l'arriération, sur la *débilité mentale préparalytique*.

Notre cas est très net à ce point de vue. Notre malade a parlé difficilement jusqu'à l'âge de trois ans. Il a toujours été un arriéré scolaire apprenant lentement à lire et à écrire, surtout d'une

mentalité inférieure à celle de son frère de trois ans moins âgé que lui. Il a présenté à la puberté de l'instabilité, de l'irritabilité, qui lui ont fait changer souvent d'occupation, et il ne s'est stabilisé qu'assez tard, quand son frère a travaillé auprès de lui.

Le jeune homme était un débile mental, quand la méningo-encéphalite a fait sombrer ses facultés intellectuelles déjà déficientes. Ces facultés, depuis longtemps fixées à un certain niveau, ont subi, en trois ou quatre ans, une régression à peu près complète.

Il y a donc eu chez lui une première atteinte cérébrale du tout premier âge, se traduisant par l'arriération psychique, puis une seconde à l'adolescence constituée par la paralysie générale, toutes deux liées certainement à l'hérédo-syphilis.

Malgré la précision et l'étendue des développements contenus dans les études cliniques relativement anciennes et déjà citées, il ne paraît pas que l'appréciation du niveau mental avant l'apparition des symptômes démentiels ait beaucoup attiré l'attention des auteurs. Il semble que l'opinion générale admette que la méningo-encéphalite survient chez des enfants ou adolescents dont le développement intellectuel est normal.

L'association entre méningo-encéphalite congénitale et acquise est surtout envisagée au point de vue du diagnostic différentiel. Toulouse et Marchand ont insisté sur ce point de vue. On sait d'ailleurs que Bourneville refusait l'autonomie clinique à la paralysie générale infantile en se basant sur de tels faits. Le Bourgo s'en tenait encore, en 1921, à l'opinion classique et pensait que l'existence de symptômes dès la première enfance permettait d'éliminer l'hypothèse de la paralysie générale.

Damaye et Marange signalaient cependant, dès 1913, une arriération intellectuelle congénitale transformée en paralysie générale. Roubinovitch, Baruk et Bariéty détaillaient en 1923 l'histoire d'un débile notoire, chez lequel le début de la démence paralytique pouvait être précisé. Une arriération mentale est signalée incidemment dans d'autres observations (Naville ; Leroy et Cornil ; Dupérié, etc...). D'autre part Schiff et Courtois insistent sur de tels faits en 1928, et les considèrent comme traduisant l'évolution psychique en deux temps de la paralysie générale héréditaire : une phase prépubérale de débilité mentale et physique, une postpubérale avec régression intellectuelle aboutissant à l'imbécillité.

Dans sa thèse de 1935, Devallet retrouve cet aspect évolutif dans quatre observations personnelles. Si la forme pure, dans laquelle la méningo-encéphalite survient en pleine santé apparente, est la plus fréquente, l'association de la paralysie générale

infantile à l'arriération sous toutes ses formes lui paraît la plus intéressante des formes associées. Un enfant hérédo-syphilitique fait, dans les premiers mois ou les premières années, une méningite plus ou moins manifeste et se développe mal dans les années qui suivent. Vers la puberté, souvent retardée, les signes de régression apparaissent. Devallet pense qu'il est légitime de rattacher les deux séries de manifestations morbides au processus de méningo-encéphalite, suivant l'opinion de Schiff et Courtois. La première poussée inflammatoire, plus méningée qu'encéphalitique, aboutirait à une sclérose cérébrale, point de départ de l'arriération, et la deuxième, plus encéphalique que méningée, prendrait le type anatomo-clinique de la paralysie générale.

Il nous paraît difficile, étant donné la différence entre les deux tableaux cliniques, d'admettre à l'origine un même processus anatomique et de faire, de ces cas, des paralysies générales à marche lente, évoluant durant dix, quinze ans et plus, comme on en voit parfois chez l'adulte. Mais la même cause, la syphilis, peut, à deux périodes différentes de la vie, d'abord dans les premières années, puis à la période infanto-juvénile, réaliser deux processus méningo-encéphaliques différents au point de vue anatomo-pathologique.

Quoi qu'il en soit de ces considérations pathogéniques, cette débilité mentale préparalytique, caractérisée ici par une arriération intellectuelle, là par des troubles du caractère, nous paraît, en clinique, plus fréquente qu'on ne l'avait supposée.

L'un d'entre nous a eu l'occasion d'y insister à propos de deux cas de tabo-paralysie générale infanto-juvénile, publiés avec Paillas (*Encéphale*, 1936, Tome 2, N° 5, pages 305-321).

Et si nous nous contentons de parcourir les *Annales médico-psychologiques* de ces deux dernières années, nous voyons cette opinion confirmée par la lecture de quelques observations récemment publiées: arriération mentale à six ans, épilepsie à douze ans, déchéance somatique et mentale avec mort à dix-sept ans (Léon de Vos et Ludo Van Bogaërt, *Journal Belge de Neurologie*, juin 1934, Réf. *Annales Méd.-psych.*, 1935, Tom. 1, page 682), — grande difficulté d'assimilation à l'école, troubles de la parole et caractère anormalement tranquille (Pichon, André et Leconte, *Soc. Méd. psych.*, 12 décembre 1935, in *Annales Méd.-psych.*, pp. 805-808); arriéré scolaire avec grosse difficulté de l'assimilation, et, vers seize ans, apparition d'un état démentiel (Dupouy et Roger, *Soc. Méd. Psych.*, 12 novembre 1936, in *Annales Méd.-Psych.*, pp. 634-637); — hémiplégie gauche à 4 ans, à l'école, difficultés à apprendre, et caractère dissipé, têtu; évolution d'une paralysie générale à 16 ans (Marchand, Longuet et Louis Anglade, *Soc.*

Méd.-Psych., 11 février 1937, in *Annales Méd.-Psych.*, pp. 240-243).

Une discussion est parfois ouverte concernant l'étiologie acquise de certains cas de paralysie générale juvénile. Ces faits de débilité mentale antérieure ne plaident pas en faveur de cette hypothèse. Dans notre cas, l'existence d'une grosse inégalité pupillaire, par mydriase de l'œil droit (avec aréflexie pupillaire), que la mère dit avoir toujours observée et qui, en tous cas, avait été médicalement constatée dès l'âge de 13 ans, est un argument de plus contre l'origine acquise de cette paralysie générale.

M. BRISSOT. — Généralement, la paralysie générale infantile survient chez de gros débiles mentaux ou des imbéciles. Et il est très difficile de repérer le début de la méningo-encéphalite diffuse. Et celle-ci est réfractaire au traitement, tel le cas que M. Marchand et moi avons rapporté ici après autopsie. Souvent, on constate des manifestations épileptiques.

M. POROT. — Dès les premières années, on constate, chez ces futurs paralytiques généraux infantiles, des troubles neurologiques. Ainsi, l'enfant dont j'ai rapporté l'histoire tout à l'heure, qui s'avéra paralytique général à 12 ans, n'avait commencé à parler qu'à 4 ans.

M. MARCHAND. — Dans les antécédents de ces enfants paralytiques généraux, on relève très fréquemment, en effet, des troubles neuro-psychiques dès la naissance. C'est ainsi que les convulsions sont souvent suivies de crises d'épilepsie pendant quelques années. Puis les crises cessent et apparaissent, après un intervalle plus ou moins long, les premières manifestations de la paralysie générale, souvent masquées par la réapparition de l'épilepsie. Dans de tels cas, c'est la même affection cérébrale, la méningo-encéphalite d'origine hérédo-syphilitique, qui a évolué par poussées et qui s'est traduite cliniquement par ces différents syndromes successifs.

M. GUIRAUD. — Quelle était la formule du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux infantiles de M. Brissot, avant l'éclosion des troubles paralytiques ?

M. BRISSOT. — Généralement, l'albuminose et la lymphocytose sont plus intenses avant qu'après. Ce fut le cas d'un malade arrivant du service de M. Babonneix dans le mien.

M. GUIRAUD. — C'est donc la même maladie, la syphilis, qui évolue.

Polioencéphalite de Wernicke avec délire hallucinatoire d'origine éthylique : Guérison des troubles bulbo-protubérantiels, par MM. H. ROGER, J. PAILLAS et P. LAVAL (de Marseille).

Rich... Louis, âgé de 47 ans, menuisier, est un éthylique avéré (vin et apéritifs), qui a présenté déjà à deux reprises des bouffées délirantes. La première, d'une durée de 3 mois, est survenue il y a six ans environ. Le malade prétendait que sa femme le trompait ; il voyait dans ses hallucinations la personne dont il était jaloux, et qu'il voulait tuer. Un changement de domicile améliora ces troubles.

La deuxième poussée, il y a trois ans, était à base d'idées de persécution concernant de prétendus adversaires politiques. Celle-ci guérit également par un changement de milieu et la cessation de la boisson.

Un troisième épisode, avec agitation plus accentuée que les précédents, et hallucinations auditives plus intenses (on veut le tuer, sa vie est constamment en danger) nécessite son isolement à la clinique neurologique au début de juin 1937.

Le malade est insomniaque, très agité, anorexique ; il a maigri de 10 kilos en un mois.

Il est apyrétique, et l'examen neurologique, en dehors d'une hyper-réflexivité des membres inférieurs, avec clonus du pied intermittent, et ébauche d'extension du gros orteil, ne présente qu'un strabisme interne bilatéral, qui ne date que de quelques jours et une légère parésie faciale gauche.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang, et dans le liquide-céphalo-rachidien, hyperalbuminose (0,60) sans leucocytose (1 élément).

Le lendemain de la rachicentèse, le malade présente un état lipothymique très accusé, avec sueurs froides, qui durent quelques heures.

Assez rapidement, sous l'influence du traitement laudanisé, l'agitation se calme, mais la confusion persiste, ainsi que le strabisme.

Au début de juillet, survient une aggravation assez brusque, caractérisée par une prostration complète (le malade ne parle plus) et surtout par une dysphagie, empêchant toute tentative d'alimentation. Il n'y a toujours pas de fièvre. L'examen neurologique montre alors l'atteinte de nombreux nerfs crâniens.

1° Une paralysie bilatérale des VI à peu près complète, avec strabisme convergent.

2° Une parésie discrète et passagère du III gauche, à type de parésie du droit supérieur sans ptosis, avec pupilles en myosis non contractiles.

3° Une parésie bilatérale du VII, caractérisée surtout par une hypotonie des muscles péri-buccaux.

4° Une hypoacousie bilatérale prédominante à gauche, qui a pu être confirmée, lorsque le malade est sorti de son état confusionnel.

5° Une parésie du voile du palais prédominant à gauche, sans parésie de la corde vocale correspondante, une absence de contraction des muscles pharyngés (mucosités encombrant le pharynx), impossibilité complète de toute déglutition, obligeant l'alimentation par les voies rectale et sous-cutanée.

De la bradycardie, avec arythmie et irrégularité du rythme respiratoire. De l'hypotonie des trapèzes, et des sternocléido-mastoïdiens.

6° Une parésie de la langue, qui ne peut sortir de la bouche ; avec contractions fibrillaires de l'hémilangue droite.

En dehors de ces symptômes protubérantiels, on note une exagération des réflexes, avec un achilléen polycinétique.

F.O. normaux. Azotémie 0,65 0/0.

Quelques jours après l'installation de ce tableau si sombre, qui nous fit craindre une évolution fatale à brève échéance, la prostration diminua, la déglutition s'améliora fin juillet, rendant alors possible l'alimentation par voie buccale ; les paralysies oculaires et faciales persistent encore quelques semaines.

Au début du mois de septembre, le malade présente des hallucinations auditives qui n'ont fait que s'accroître depuis lors. Actuellement, il ne présente aucun trouble parétique du côté des nerfs crâniens, mais il continue à se croire persécuté. Au cours de la conversation il s'arrête, cesse de parler, tend l'oreille, entend des menaces. Il se querelle avec tous ses voisins, et sa famille doit le surveiller d'une façon constante.

En résumé, chez un éthylique ancien, ayant déjà présenté antérieurement des bouffées de délire, de jalousie et de persécution, s'installe un syndrome de paralysie de nombreux nerfs crâniens, au cours d'une nouvelle poussée délirante.

Le début se fait par les deux nerfs moteurs oculaires externes qui, pendant deux semaines, restent seuls atteints, mais bientôt et assez brusquement, les 2 VII, les 2 VIII, les IX, X, XI, XII, sont frappés avec atteinte discrète du III gauche.

L'état paraît un moment désespéré à cause de l'atteinte du pneumogastrique et de l'intensité des troubles de la déglutition, mais, fort heureusement, ceux-ci disparaissent, et le malade guérit de ses phénomènes bulbo-protubérantiels, alors que s'accroissent au contraire ses troubles psychiques.

Chez ce malade, on ne peut envisager d'autre diagnostic que celui d'une polioencéphalite d'origine éthylique. Quoique l'ensemble des nerfs crâniens moteurs ait été touché, on peut ranger ce cas dans le type supérieur (type Wernicke), puisque le début s'est fait, comme il est classique dans cette forme, par une paré-

sie des nerfs moteurs oculaires externes ; les symptômes du type inférieur, rappelant le type Leyden, ne sont survenus que secondairement.

Cette éventualité est fréquente dans la maladie de Wernicke.

On connaît l'évolution habituelle de pareils cas, qui se terminent par la mort, en deux semaines environ.

Tout à fait exceptionnels sont les cas de guérison, dont certains ont été signalés par : Thomsen, Suckling, Salomonska, Tomasini, Magnus et Korniloff, Bædecker, Jorseek.

Le cas présent se situe dans ce groupe.

Une remarque importante doit être faite à propos de ce malade. Il n'est pas douteux que l'atteinte des centres nerveux a débordé le mésocéphale, puisque les troubles polioencéphalitiques ont été précédés de troubles délirants rappelant les bouffées antérieures passagères. Il semble que l'atteinte des hémisphères, vraisemblablement de l'écorce, ait été ici particulièrement accusée, puisque les troubles psychiques, à base d'hallucinations auditives, persistent après la guérison de cette polioencéphalite, alors qu'ils s'étaient rapidement atténués, il y a trois ans, et six ans.

M. MARCHAND. — A propos de l'intéressante communication de M. Roger, j'insisterai sur la rareté de telles observations. J'ai eu à examiner des milliers d'alcooliques chroniques présentant des accidents subaigus et je n'ai jamais observé de polioencéphalite supérieure type Wernicke d'origine alcoolique. De même, je n'ai jamais constaté de névrite optique et cependant, dans tous les traités neurologiques, on décrit ces affections comme fréquentes chez les alcooliques.

M. GUIRAUD. — Les cas comme celui de M. Roger sont extrêmement rares. Le plus souvent, on note, plus ou moins disséminées dans les noyaux gris centraux et les corps genouillés, des lésions vasculaires et hémorragiques.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances :

Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 4 Novembre 1937

Présidence : M. **BARRÉ**, président.

Syndrome d'Adie et migraines,
par MM. J. LHERMITTE et H. ESCHBACH (de Bourges).

Dans une précédente communication, M. Lhermitte avait insisté sur les relations qui rattachent la pupille tonique à l'aréflexie et l'hémicranie. La présente observation se signale par ce double fait que, chez la malade, âgée de 57 ans et indemne absolument de syphilis, les crises migraineuses se localisaient du côté de l'œil montrant la mydriase la plus assurée et où la pupille tonique était manifeste, et que, d'autre part, l'inégalité pupillaire a été exagérée par la survenance d'une crise migraineuse particulièrement sévère. Il faut signaler enfin que l'installation de la pupille a coïncidé avec la régression des crises douloureuses.

Syndrome d'Adie chez une malade atteinte de maladie de Basedow et de syndrome parkinsonien, par MM. J. LHERMITTE et H. ESCHBACH (de Bourges).

Le mystère dont s'entoure la pupille myotonique avec aréflexie doit porter à ne négliger aucune indication clinique. Dans cette observation particulièrement chargée, la pupille tonique affecte exclusivement l'œil dont la perturbation marquait le syndrome basedowien. L'œil gauche qui était

ménagé par l'exophtalmie demeure le seul atteint par la perturbation irienne. Le second fait à retenir tient dans ce que l'inégalité pupillaire apparut seulement après un épisode infectieux qualifié de rhumatismal, à la suite duquel se développe un syndrome parkinsonien typique. Enfin il faut marquer l'influence néfaste sur le psychisme d'un diagnostic trop insuffisamment étayé. La malade ayant été considérée comme tabétique est devenue une obsédée anxieuse, hantée par l'idée de la syphilis malgré la négativité de toutes les réactions sérologiques, y compris celle du liquide céphalo-rachidien.

**Une observation de la forme Korsakowienne des tumeurs
du 3^e ventricule, par MM. J. LHERMITTE, DOUSSINET et de AJURIAGUERRA.**

Chez une femme entachée d'éthylisme, le syndrome était constitué par une confusion mentale avec amnésie, désorientation, hallucinations visuelles et auditives, fausses reconnaissances, syndrome moteur des membres inférieurs. L'évolution se fit par saccades séparées par des intervalles lucides. Il s'agissait d'un spongioblastome multiforme envahissant le diencéphale médian, en remplissant tout le 3^e ventricule. Cette observation montre combien des tumeurs développées dans la région basilaire peuvent exercer d'influence sur l'équilibre psychique ainsi que l'avaient déjà vu MM. Weisenburg, H. Claude et Lhermitte.

**La prostigmine dans la myasthénie ; la quinine dans la myotonie
atrophique, par MM. LARUELLE et MASSION (de Bruxelles),**

La prostigmine dans la myasthénie apporte au myasthénique un bien-être qu'aucune thérapeutique antérieure n'était capable de lui fournir. Elle apparaît nettement supérieure aux extraits glandulaires, au glycocolle, etc. Ses effets sont de durée limitée. Il faut continuer longuement son administration.

Les auteurs montrent en outre l'action bienfaisante de la quinine dans la myotonie atrophique. Une projection de film vient à l'appui des assertions des auteurs.

Érection réflexe dans un cas d'hémiplégie infantile, par M. ANDRÉ-THOMAS.

L'auteur présente le cas d'un jeune garçon atteint d'hémiplégie infantile avec syndrome de macro-génisotomie précoce atypique : développement exagéré de la verge et testicules petits ; pas de caractères sexuels secondaires. L'érection réflexe est provoquée par les excitations externes. Cette érection dépend de la qualité des excitations.

Discussion. — M. BIZE rapporte un cas personnel d'enfant atteint de spina bifida avec incontinence des sphincters chez lequel l'excitation des fessiers produisait l'érection.

M. LHERMITTE rappelle l'importance du développement de la verge chez les idiots arriérés.

M. ANDRÉ-THOMAS rapporte un autre cas d'érection par excitation périphérique chez un enfant encéphalitique avec syndrome ressemblant à un syndrome d'acrodyinie.

La terminaison de la fibre névroglique dans l'écorce cérébrale, dans la glande pinéale, dans le bulbe olfactif, par MM. LHERMITTE et BERTRAND.

Nouvelle contribution à l'étude des terminaisons de la fibre névroglique, la communication des auteurs est accompagnée de projections présentant les boucles caractéristiques sur lesquelles ils ont déjà insisté dans leurs travaux précédents.

Ne doutant point de la réalité des boucles observées, MM. Lhermitte et Bertrand discutent de leur origine.

Un cas d'épendymite staphylococcique, par MM. Th. de MARTEL et GUILLAUME.

Le signe du Mentonnier (Paresthésie et anesthésie unilatérales), révélateur d'un processus néoplasique métastatique, par MM. H. ROGER et J. PAILLAS (de Marseille).

Chez des personnes âgées, la constatation de fourmillements et d'une hypo- ou anesthésie dans une hémilèvre inférieure, doit, en l'absence de toute cause précise, faire rechercher un néoplasme viscéral susceptible de faire des métastases au niveau du maxillaire inférieur.

Œdème cérébral traumatique diffus. Intervention, guérison. Des rapports de l'œdème cérébral et de la méningite séreuse traumatique, par MM. P. PUECH et Ed. KREBS.

Chez un traumatisé du crâne, sans fracture, dans le coma, et sans intervalle libre, les troubles des fonctions vitales s'aggravent rapidement ; seule la trépano-ponction permet d'assurer le diagnostic d'œdème cérébral considérable. L'intervention, qui consiste à pratiquer un grand volet osseux fronto-pariétal bilatéral, tel que le recommande Cl. Vincent, à laisser la dure-mère ouverte et à enlever le volet avant la fermeture des plans cutanés, amène la guérison. A l'œdème cérébral, seule complication du traumatisme, ne s'associait aucune méningite séreuse. Toutefois, en même temps que régresse l'œdème, au bout de trois semaines, se constitue une méningite séreuse, qui met un mois à se résorber sous l'effet de ponctions transcutanées régulièrement répétées.

Les auteurs insistent sur le service que rend la trépano-ponction pour le diagnostic de la complication du traumatisme ; sur l'efficacité du grand volet décompressif avec ablation du volet dans l'œdème cérébral diffus ; sur les rapports de succession d'œdème cérébral et de méningite séreuse chez leur patient, et sur leur portée pour éclairer la pathogénie d'un certain nombre au moins de méningites séreuses.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 23 Octobre 1937

Présidence : M. Fr. NYSSSEN, président

La réaction artériotensionnelle à la douleur dans la paralysie générale, par MM. R. NYSSSEN, R. BUSSCHAERT et L. ALAERT.

On sait que la réaction hypertensive à la douleur, se produit encore pendant la narcose, ou après décérébration chez l'animal. Elle dépend probablement d'un réflexe infra-thalamique. A l'état de veille un élément psychique se surajoute, sous la forme d'une action hypertensive d'origine affective.

Chez un hystérique, la réaction hypertensive à la douleur était plus faible du côté anesthésié que du côté sain. Ce fait tend à prouver la réalité physiopathologique de certaines anesthésies hystériques. Les auteurs ont examiné 103 paralytiques généraux par la forci-pression de la région unguéale. Leurs malades sont divisés en 4 groupes, d'après le degré d'hypoesthésie qu'ils présentent. L'élévation de la tension artérielle à la douleur s'est montrée dans tous les cas parallèle à la sensibilité. Ce fait confirme que la réaction comporte un élément affectif conscient. Aucun rapport n'a été constaté entre la gravité de l'affection et l'intensité de la réaction.

Sur les indications de la thérapeutique convulsivante, par M. P. VERSTRAETEN.

La thérapeutique convulsivante par l'injection intraveineuse de « cardiazol » a été préconisée surtout dans les états dits schizophréniques.

L'auteur estime que là n'est pas l'indication principale de la méthode ; les résultats se sont montrés, entre ses mains, médiocres, et même tout à fait nuls dans la démence précoce.

Par contre M. Verstraeten se montre très enthousiaste de cette méthode dans la psychose maniaco-dépressive qui constitue dit-il, son indication principale. Dans les états mélancoliques notamment, les résultats seraient surprenants.

Confusion schizoïde à base hypersurrénalémique, par M. E. DE SMED.

Relation du cas d'un jeune homme de 20 ans, qui présentait un état confusional avec réactions bizarres et discordantes, angoisses, crises de contraction généralisée avec réactions pilomotrices très vives, hypertension variable,

tachycardie exophtalmie, poulx bondissant, pâleur de la face. La guérison complète se produisit à la suite de l'irradiation successive des deux sur-rénales.

A propos d'épilepsie et de paralysie générale, par M. A. LEROY.

Etude statistique sur l'augmentation du nombre des aliénés pendant la période comprise entre 1922 et 1936. L'auteur constate que par rapport à l'augmentation générale du nombre des malades d'asile, la paralysie générale augmente, tandis que l'épilepsie et la folie épileptique diminuent.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 23 Octobre 1937

Présidence : M. R. LEY, secrétaire

Cette séance était honorée de la présence de M. le Professeur Percival Bailey, de Chicago, qui a bien voulu accepter d'y donner une conférence en langue française.

Du rôle des cellules de Schwann dans la formation des tumeurs des nerfs périphériques, par M. PERCIVAL BAILEY (Chicago).

Il existe deux théories concernant l'origine des tumeurs des nerfs périphériques : l'une qui remonte à von Recklinghausen et est défendue à l'heure actuelle par Penfield, les dérive du tissu conjonctif ; l'autre, qui remonte à Verocay et est défendue par Masson, les dérive des cellules de Schwann. M. P. Bailey rapporte l'examen pathologique de deux cas de tumeurs multiples du système nerveux et de ses enveloppes, qui le fait pencher plutôt vers la théorie mésodermique. Il s'agissait de deux jeunes filles, non apparentées, âgées toutes les deux de 15 ans au moment de la mort et dont la première souffrait de tumeurs multiples de tous les nerfs périphériques. Elle avait aussi un gliome du chiasma, un astrocytome du cervelet et des neurinomes nombreux des racines des nerfs craniens et spi-

naux, et des groupes de cellules anormales dans le cortex cérébral telles qu'on les a décrites dans la maladie de Recklinghausen. De l'examen histologique de ces lésions l'auteur conclut que les altérations des gaines de Schwann et de Remak ne dépassent pas les limites de l'hypertrophie secondaire à la dégénérescence des fibres nerveuses et que la partie néoplasique est de nature fibroblastique probablement d'origine endopérinévrétique.

On a cherché l'explication de l'association de tant de lésions dans une origine embryologique commune. On les dérive pour la plupart de la crête ganglionnaire. Mais une telle origine pour plusieurs de ces lésions n'a pas pu être prouvée, en particulier pour les tumeurs des méninges. M. Bailey croit plutôt que cette association s'explique dans le sens de l'embryologie dynamique de l'école de Spehmann. Le développement d'un organisme suppose que toutes les structures se déroulent suivant un ordre et un rythme préétablis. Un dérangement d'une structure entraîne forcément du désordre dans toutes les structures environnantes qu'elles soient de même origine ou non. De n'importe laquelle des malformations qui en résultent peuvent prendre naissance des tumeurs.

Syndrome ataxique progressif avec oligophrénie, chez deux jeunes israélites polonais (présentation des malades), par MM. MAERE et MUYLLE.

Les auteurs montrent deux enfants, frère et sœur qui présentent un syndrome cérébelleux lentement progressif, des troubles de développement du squelette (brachydactylie et scoliose), et une arriération mentale prononcée. Il n'existe aucun signe d'hérédosyphilis ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative chez les parents et chez les enfants. La mère présente un signe de Babinski bilatéral et le père une rétinite pigmentaire. Les diagnostics d'atrophie cérébelleuse ou d'idiotie amaurotique juvénile doivent être écartés. Le début très précoce de l'affection ne plaide pas pour une forme fruste de maladie de Friedreich. Il s'agit probablement d'une forme d'ataxie congénitale analogue à celles décrites par Batten.

Calcification de la faux du cerveau, par M. P. MARTIN.

Présentation d'une jeune femme qui se plaint de battements douloureux dans la tête et de vertiges, symptômes qui augmentent progressivement depuis plusieurs mois. L'examen neurologique est entièrement négatif. La ventriculographie directe fournit des images normales, mais il existe une calcification très importante de la faux du cerveau. L'auteur pose la question de savoir si cette lésion peut être en rapport avec la symptomatologie observée.

Tumeur parvicellulaire se propageant dans les espaces de Virchow-Robin, par M. J. MAGE.

Relation du cas d'un homme de 50 ans, dont l'affection débuta par des modifications du caractère avec puérilisme et chez lequel on vit se développer un syndrome thalamo-pédonculaire droit. Le liquide céphalo-rachidien est xanthochromique ; il contient 30 centigrammes d'albumine et 11 lymphocytes. Sa pression est normale. Le décès survenu brusquement fut attribué à une hémorragie dans la tumeur.

Il s'agissait d'un processus néoplasique diffus issu de l'adventice des vaisseaux. L'envahissement énorme des espaces de Virchow-Robin par de petites cellules rondes à noyaux hyperchromatiques très denses, contraste avec l'envahissement réduit des méninges. Le processus s'arrête au niveau du cortex et la prolifération gliale est à peu près nulle.

L'auteur relate les quelques cas analogues décrits dans la littérature. L'histogenèse de ces néoplasmes est encore mal connue.

**Remarques à propos du syndrome polyradiculonévritique
de Guillain et Barré, par MM. LARUELLE et MASSION.**

Les auteurs relatent 5 cas de cette affection, dont 2 par intoxication alcoolique, 1 à la suite de malaria grave et 2 dont l'étiologie n'est pas précise. Les trois éléments du syndrome : polynévrite, dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et curabilité, existent dans tous les cas. La fréquence de la paralysie faciale (4 cas sur 5) est à retenir. Les auteurs pensent que l'étiologie neurotrope n'est pas la seule possible, et que des causes diverses toxi-infectieuses peuvent intervenir. Il s'agirait d'un processus primitivement névritique, qui en s'étendant vers la méninge provoquerait un blocage des voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien et une compression par stase : de là la dissociation albumino-cytologique observée.

**Essai thérapeutique dans un cas de rétention d'urine par lésion
de la moelle sacrée, par MM. MARCHAL et DESENFANS.**

Chez un homme atteint de fracture du bassin ayant déterminé des lésions de la queue de cheval et de la moelle sacrée (douleurs aux bords externes des deux pieds, abolition des réflexes achilléens, troubles sensitifs à forme thermo-analgésique du scrotum, et rétention), les auteurs ont administré du tartrate d'ergotamine *per os*, en partant de l'idée que ce produit doit diminuer la tonicité du sphincter lisse innervé par le sympathique et favoriser par conséquent la fonction du detrusor innervé par le para-sympathique.

La rétention a disparu en 10 jours à la suite de l'administration de gynergène à raison de 2 comprimés par jour. Bien qu'il puisse s'agir d'une coïncidence, le fait était à signaler.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

ENDOCRINOLOGIE

Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale, par MM. P. SAINTON, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, H. SIMONNET, professeur à l'Ecole Nationale vétérinaire d'Alfort, et L. BROUHA, professeur à la Faculté de Médecine de Liège (1 vol. in-8°, 834 pages, avec 155 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris, 1937).

Dans cet important ouvrage, MM. P. Sainton, H. Simonnet et L. Brouha, dont on sait la compétence spéciale, ont réussi la difficile tâche de présenter une vue d'ensemble des connaissances endocrinologiques ayant cours actuellement ou, tout au moins, d'en fixer les éléments essentiels.

L'introduction générale résume les étapes principales de l'histoire de l'hormonologie et établit les définitions indispensables. Les auteurs y passent en revue les modalités de l'expérimentation endocrinologique, les méthodes de dosage des hormones, les causes génératrices des troubles endocriniens, la façon de les rechercher et de les étudier, enfin la manière de les traiter.

Les chapitres qui font suite à cette vue d'ensemble sont consacrés à chaque glande ou à chaque système en particulier. Ils comportent une courte et indispensable introduction anatomique et histologique et les auteurs distinguent soigneusement les données de la physiologie expérimentale et celles de la pathologie humaine. Physiologie expérimentale, biologie, pathologie humaine s'éclairent l'une et l'autre par une intime collaboration. Chaque chapitre contient un exposé des moyens d'exploration.

Les syndromes sont schématiquement classés en syndromes d'hyperfonctionnement et en syndromes d'hypofonctionnement, eux-mêmes d'ailleurs très instables, en l'absence de notions sur les hormones qui seraient adulées dans les états de dyssécrétion. Après une étude et un exposé des grandes lignes de la thérapeutique (médicale, chirurgicale, radiothérapie, physiothérapie), l'ouvrage se termine par une vue d'ensemble des syndromes endo-

criniens communs, des ectosympathoses, des syndromes pluriglandulaires, et par des considérations sur le rôle des troubles hormonaux dans la production du cancer.

Un chapitre de cette remarquable mise au point est consacré aux *troubles nerveux* (asthénies et hypersthénies), et aux *psychoses endocriniennes*. Si les données concernant le rôle des glandes endocrines sur le psychisme élémentaire sont relativement assez précises, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'interpréter le rôle des troubles hormonaux dans les psychoses. Les résultats des statistiques cliniques ou thérapeutiques de l'anatomie pathologique des tests biologiques sont inconstants et décevants. C'est que « des troubles endocriniens identiques peuvent donner lieu à des psychoses de sens inverse et qu'on ne saurait lier l'étiologie d'une psychose déterminée à un trouble de la fonction de telle ou telle glande. La perturbation endocrinienne ne donne pas lieu à un trouble spécifique du psychisme ».

« Il faut tenir compte de la juxtaposition d'un autre facteur, le facteur de la personnalité de l'individu prédisposé le plus souvent par son hérité, par le fond mental qui lui est légué et par ses prédispositions neuro-végétatives. »

En conclusion, les auteurs estiment qu'il ne faut pas demander au traitement endocrinien, en thérapeutique psychiatrique, plus de services qu'il n'en peut rendre. Mais, adjuvant important de la thérapeutique psychiatrique, il doit cependant être toujours tenté.

Un important index alphabétique des matières (43 pages) rendra les plus grands services pour l'utilisation de ce volumineux travail, qui fait le point de nos connaissances endocrinologiques actuelles et des étapes qui nous y ont conduit. C'est assez dire que c'est un ouvrage indispensable à toute bibliothèque médicale.

René CHARPENTIER.

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Le malade mental en Amérique (*The Mentally Ill in America*), par Albert DEUTSCH. 1 vol., in-8°, 530 pages, 8 illustrations. *Editions Doubleday, Dovan et Cie*. New-York, 1937.

Ce livre émouvant rapporte la lutte dramatique de l'homme contre la folie depuis les temps lointains de l'Amérique primitive et de la période coloniale. Libéré des préoccupations d'ordre technique et du style médical, il s'adresse au sociologue, au médecin, à l'éducateur, à tout homme curieux des problèmes qui le concernent car l'histoire des maladies de l'esprit est intimement liée à l'histoire générale et les progrès de l'hygiène mentale sont un des aspects des progrès de la civilisation. Nulle part ces questions ne sont plus attachantes que dans les Etats-Unis d'Amérique, union de nombreux Etats dont l'évolution sociale a été marquée par un essor sans précédent, héritiers des traditions et des préjugés de la vieille Europe, appelés à les adapter, à les discuter pour devancer finalement le modèle par des initiatives hardies souvent couronnées de succès. Les procédés barbares de l'Amérique coloniale vis-à-vis des aliénés ne disparaissent pas d'emblée. Les mœurs et le degré de culture varient d'un point à un

autre de cet immense pays. A quelques années, à quelques lieues d'intervalle, nous voyons ici les anciennes coutumes enracinées, là d'admirables efforts pour introduire un peu de compréhension dans les esprits et les rudiments de la science importée de l'Ancien Continent. On voit enfin les résistances vaincues et l'effort contemporain aboutir au début du siècle. En 1908, à l'âge de 32 ans, Clifford Beers publie son livre aujourd'hui classique : « A Mind That Found Itself ».

Au xvi^e et au xvii^e siècles, les pionniers de la côte est de l'Amérique ont leurs médecins. Les remèdes ont un caractère local et individuel. Les influences astrologiques, l'utilisation des plantes se combinent aux exorcismes. Tout le problème de l'assistance se résume dans la défense sociale. La crainte qu'inspire le fou pousse la société à peine formée à punir et à réprimer. Avec le xviii^e siècle pénètrent les théories humanitaires aux Etats-Unis. Elles sont représentées par des groupes de réformateurs parmi lesquels se distingue Benjamin Rush, « le père de la psychiatrie américaine ». Médecin, économiste et sociologue, il s'intéresse aux pauvres, aux prisonniers, aux aliénés. Elève de Cullen, clinicien, il tente des groupements syndromiques ; thérapeute, il réglemente les médications chimiques, la coercition, les moyens mécaniques et l'hydrothérapie. L'influence de Rush qui exerçait à Philadelphie paraît avoir été considérable et les Américains n'hésitent pas à comparer son rôle à celui de Pinel en France ou de Tuke en Angleterre. Si l'influence du premier s'étendit rapidement à l'Europe, les réformes américaines s'inspirent plus directement des mesures imposées par le second à l'asile d'York et de sa création modèle « La Retraite ». Le véritable asile conçu d'après les idées nouvelles est enfin édifié par le soin du Quaker Thomas Eddy en 1809 à New-York.

Vient ensuite une période de torpeur, de « répression » n'hésite pas à dire M. Deutsch. On néglige les établissements d'assistance. On discute surtout de nosologie et de systèmes pathogéniques jusqu'en 1841 où apparaît Dorothea Lynde Dix. Jeune étudiante en théologie, elle est émue par la situation des pauvres et des aliénés. Sa croisade durera 40 ans. Ses échecs du début l'incitent à chercher des secours en Angleterre. Sa vaillante conduite pendant la guerre de Sécession ne la détourne pas de sa tâche. On lui doit plus ou moins directement la création de 32 hôpitaux spécialisés. La Guerre Civile avait assuré le triomphe de la centralisation. Le régime hospitalier paraissait suffire aux exigences de l'assistance. La période moderne de développement d'hygiène mentale et sociale a été si vivante et si productive aux Etats-Unis que son influence s'est étendue partout. Les réalisations cliniques, les conditions de l'enseignement médical et infirmier, la création du « social-worker », les mesures de prophylaxie mentale, l'assistance aux débiles et aux arriérés, les lois applicables aux criminels montrent le souci constant de progrès qui anime la psychiatrie américaine.

L'œuvre d'hommes comme Fernald ou Vernon Briggs, déjà largement divulguée, nous a permis de mesurer le travail accompli depuis le début du siècle. L'excellent volume de M. Deutsch résume admirablement les phases d'une grande et belle entreprise qui fait honneur aux médecins et aux sociologues des Etats-Unis.

P. CARRETTE.

PSYCHIATRIE

Psychiatrie et Hygiène mentale (Psychiatria e Hygiene Mental), par ROCHA filho. 1 vol., in-8°, 110 pages. *Ramalho et Cie Editeurs*. Maceio (Brésil), 1936.

L'auteur réunit en un petit volume quelques études de médecine mentale, de psychologie et de législation. Un travail initial porte sur le sens de la folie à travers l'histoire. Possédé du démon ou objet d'une faveur surnaturelle, l'aliéné devient un malade grâce à la révolution opérée par Pinel. Ce sont là des opinions publiques, un peu simplistes. Aussi la conception freudienne qui marque dans l'esprit de M. Rocha l'étape contemporaine représente mal la suite réelle et l'enchaînement logique des idées. Toutefois il faut reconnaître que la théorie psychanalytique a fortement imprégné l'esprit et le vocabulaire scientifiques. Un essai sur la schizophrénie qui fait suite situe bien la question et la dégage des théories extrêmes. La part est faite aux problèmes d'analyse psychologique comme à ceux de l'hérédité ou de la tuberculose. Un cas de guérison par la sulfopyréthérapie termine l'exposé.

Deux problèmes médico-légaux sont abordés. Le premier pose la question de l'interdiction dans la démence sénile, mesure délicate à décider quand il s'agit d'un individu naguère actif, habitué à diriger et à prendre de sérieuses initiatives, atteint physiquement et dissimulant mal la déchéance mentale qui commence. La seconde observation porte sur l'irresponsabilité d'un parricide atteint d'une forme hostile et agressive de délire paranoïde.

M. Rocha termine par quelques conseils d'hygiène mentale et sociale. Il préconise les méthodes d'éducation et de sincérité basées sur les notions freudiennes divulguées avec précaution, les principes d'eugénique solidement établis et les procédés de redressement et d'analyse indispensables au développement psychique normal de l'enfant.

P. CARRETTE.

Les paralytiques généraux en rémission (étude médico-sociale et médico-légale), par le Dr Jean FORTINEAU. Préface du Professeur Henri CLAUDE. 1 Broch., in-8°, 138 pages. E. Le François édit., Paris 1937.

Problème particulièrement délicat reconnaît le Professeur Claude qui déclare textuellement : « Ayant eu auprès des familles à décider de l'organisation de la vie professionnelle et sociale de certains de mes anciens malades, ayant été obligé aussi d'apporter aux magistrats une appréciation sur le comportement de certains sujets, soit avant une malariathérapie, soit après, j'ai été aux prises avec de nombreuses difficultés. » Une telle étude est-elle donc d'une réelle importance pratique et le livre du Dr Fortineau sera-t-il lu et médité avec fruit par tous ceux dont c'est le métier d'être consultés sur le cas de paralytiques généraux.

Avant l'instauration des thérapeutiques modernes, les rémissions spontanées étaient relativement fréquentes, mais leur durée plutôt courte, la maladie reprenant inéluctablement son cours, après quelques mois, rarement un an ou deux, exceptionnellement trois ou quatre ; l'on pouvait parler d'un arrêt, même d'une régression momentanée, non d'une guérison même partielle ; il ne pouvait être question, dans ces conditions, de responsabilité dans une simple intermission d'une affection fatalement évolutive.

Depuis la malarisation et l'arsenicothérapie intensive (tryparsamide ou stovarsol), les rémissions sont devenues beaucoup plus fréquentes et surtout beaucoup plus importantes ; une rémission complète pose en ce cas un double problème médico-social et médico-légal.

Un certain nombre de paralytiques généraux sont suffisamment améliorés par nos thérapeutiques actuelles pour reprendre leur activité professionnelle, soit civile, soit militaire, obtenir la main levée des mesures prises à leur égard (interdiction), la récupération de leur permis de conduire une automobile, etc. Suivant le degré de leur rémission, on peut les considérer comme capables de divorcer, de se marier, de tester, de reprendre leurs fonctions officielles, de recevoir de l'avancement, et comme entièrement responsables de leurs actes, soit délictueux, soit même criminels, au pénal comme au civil.

R. DUPOUY.

Investigations psychologiques sur l'état mental des épileptiques (Investigação psicologica sobre a personalidade de epilepticos), par J. C. CAVALCANTI BORGES. 1 vol. in-8°, 102 pages. *Composto e Impresonas Oficinas Graficas da Assistencia a Psicopatas*. Recife, mai 1936.

Ce travail fait partie d'une série de recherches effectuées par l'Office d'Assistance des Psychopathes de Pernambuco. Il est réalisé suivant un plan général de psycho-techniques uniformément établi pour les diverses maladies mentales. Après une brève description des dispositions générales du caractère épileptique, l'auteur expose les réponses obtenues aux tests de Rorschach et d'autres épreuves portant sur l'activité intellectuelle, sur les réactions et les dispositions affectives. M. Cavalcanti Borges aboutit à des conclusions qui confirment et précisent les opinions classiques sur l'état mental habituel des épileptiques. La personnalité est marquée par les deux caractères opposés : la viscosité et l'explosivité. Dans la sphère purement intellectuelle l'expérimentation indique une bradypsychie et une amnésie d'évocation résultant de la « limitation de l'aire psychique active ». Le comportement social est marqué par l'instabilité, l'irritabilité, l'égoïsme, l'impulsivité. L'universalité des constatations, l'aspect fatal, constitutionnel, des perturbations psychologiques donnent à une telle documentation d'allure scientifique une valeur incontestable. Elle fournit au problème de l'épilepsie un ensemble de bases d'appréciation très utiles à l'hygiène sociale et à la médecine légale.

P. CARRETTE.

L'épilepsie psychique toxique, par le Dr G. AJZINMAN, ancien interne de l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente). 1 broch., in-8°, 96 p., Louis Arnette édit. Thèse, Paris 1937.

L'épilepsie psychique est une épilepsie à manifestations purement mentales, indépendantes de tout accident convulsif, et considérées comme leur équivalent. C'est à l'étude de ces manifestations d'épilepsie psychique qui surviennent chez des sujets indemnes d'épilepsie, à l'occasion d'excès toxiques, que cette thèse est consacrée. Bien qu'admettant que toute épilepsie requiert une étiologie au moins partiellement toxique, l'auteur ne considère dans son travail que l'épilepsie symptomatique en rapport avec une intoxi-

cation concomitante cliniquement décelable, intoxication oxycarbonée, ergotisme, urémie, absinthisme, alcoolisme surtout. Les excès d'alcool aggravent une épilepsie confirmée ou larvée ou créent de toutes pièces une épilepsie chez des prédisposés (traumatisés du crâne) ou non, à l'occasion d'une intoxication aiguë (ivresse convulsive), d'accidents subaigus ou plus simplement encore d'un alcoolisme chronique de vieille date.

À côté des accidents convulsifs de nature épileptique et d'origine toxique doivent se placer des troubles mentaux, fugues, impulsions, délires, pareillement déclenchés par l'intoxication, associés aux troubles moteurs ou indépendants d'eux et qui constituent comme ceux-ci des manifestations comitiales. On observe ainsi des états confusionnels avec excitation, réactions impulsives, fugues inconscientes, automatisme ambulateur, des états seconds épileptiques s'accompagnant d'une amnésie lacunaire totale ou partielle (il existe, en effet, une épilepsie consciente et mnésique).

Chez ces comitiaux psychiques toxiques existe un fond commun de déséquilibre psychique ; en dehors des excès toxiques ils sont indemnes de toute épilepsie mais non de tout déséquilibre mental. Au point de vue médico-légal, leurs actes dérivant du même trouble intellectuel que chez l'épileptique convulsif, on doit les considérer également comme irresponsables.

R. DUPOUY.

Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuses. — *Essai sur les formes mentales de la tuberculose*, par le Dr Pierre Mas, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, chef de clinique médicale à la Faculté (1 vol., in-8°, 230 pages, Imprimerie de la Charité édit. *Thèse de Montpellier*, 1935).

Dans cet important travail, fait sous la direction de M. le Doyen Euzière, du Professeur Vires et du Professeur agrégé Paul Pagès, l'auteur s'est proposé : 1° de rappeler quel cadre clinique on assigne aujourd'hui aux états psycho-neurasthéniques ; 2° de passer en revue les facteurs étiologiques de ces états ; 3° d'apprécier la part de la tuberculose, parmi ces facteurs étiologiques et d'essayer une explication de son mode d'action ; 4° de tenter une vue d'ensemble des formes mentales que l'on peut aujourd'hui, avec plus ou moins de certitude rapporter à la tuberculose.

Dans la première partie (cadre clinique des états psycho-neurasthéniques) sont étudiés successivement les caractéristiques de la psycho-neurasthénie (névroses, neurasthénie, psychasthénie, rapports de la neurasthénie et de la psychasthénie), ses éléments symptomatiques avec les formes cliniques et l'évolution, les frontières de la psycho-neurasthénie (diagnostic) et l'interprétation psycho-physiologique des symptômes.

Dans l'étude des facteurs étiologiques (deuxième partie) sont groupés les prédispositions héréditaires, les prédispositions personnelles et les facteurs étiologiques déterminants normaux (circonstances physiologiques, influences morales, surmenage) et pathologiques (états mentaux ou organiques).

Le rôle de la tuberculose dans la pathogénie des états psycho-neurasthéniques constitue la troisième partie. Des observations inédites et des observations déjà publiées forment un chapitre. Puis sont envisagés les antécédents tuberculeux personnels et familiaux des psycho-neurasthéniques, la coexistence chez eux de manifestations tuberculeuses, l'apparition après les accidents mentaux de l'infection bacillaire. Après l'étude des formes cliniques (chapitre 3) un essai d'interprétation physio-pathologique et pathogéni-

que est tenté et des déductions pratiques pour le diagnostic et la thérapeutique sont tirées.

Enfin la quatrième partie de ce travail est consacrée à l'étude générale des troubles mentaux liés à la tuberculose. Après l'historique de la question (travaux médicaux, altérations du psychisme observés chez quelques tuberculeux célèbres, psychisme des tuberculeux dans la littérature) vient le chapitre des rapports généraux entre la tuberculose et les troubles mentaux où l'auteur envisage l'influence des troubles mentaux sur la tuberculose puis l'influence de la tuberculose sur les troubles mentaux (rôle pathogène de la tuberculose en psychiatrie chez les descendants de tuberculeux, chez des tuberculeux cliniques, chez des individus dont la tuberculose n'est révélée que par des recherches de laboratoire et influence de la tuberculose sur l'évolution des états mentaux).

Les formes mentales de la tuberculose constituent un troisième chapitre. L'auteur y distingue les états mentaux manifestement sous la dépendance de la tuberculose avec lésions spécifiques du système nerveux (tuberculose des méninges, de l'encéphale) et les troubles psychiques qui accompagnent les tuberculoses viscérales (syndrome nerveux, pré-tuberculeux et troubles psychiques des tuberculeux banaux). Puis il oppose les états mentaux dont l'étiologie tuberculeuse n'est pas évidente (états de dépression, confusions mentales, démence précoce, etc...). Enfin dans une vue pathogénique d'ensemble, sont notés le rôle des lésions viscérales, des lésions proprement nerveuses de la toxémie, enfin les troubles du métabolisme. A côté peut exister une dystrophie hérédito-tuberculeuse.

Dans ses conclusions l'auteur admet l'hypothèse formulée par Paul Pagès et ses élèves qui voient dans certains syndromes mentaux et en particulier dans certaines formes de psycho-neurasthénie de véritables états para-tuberculeux conditionnés par une exagération des processus de défense métabolique. Des observations inédites, très fouillées, soulignent la fréquence d'une oxalémie élevée. Tout ce travail considérable rayonne d'une élégante clarté et sa précision de pensée et de forme ne saurait être trop louée.

TOYE.

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

Quinze leçons de morpho-psychologie, par le Dr L. CORMAN (1 vol. in-8°, 214 pages, avec 80 portraits de A. PROTOPAZZI, Nantes 1937, en dépôt chez Amédée Legrand édit., Paris).

Dans ce nouveau volume, l'auteur de « *Visages et Caractères* » décrit une nouvelle discipline, la *morpho-psychologie*, « héritière de tout ce que contenait de bon la très vénérable Physiognomonie ». Ne se bornant pas à constater les relations de la forme et du caractère, il les explique, tentant de rapporter la variété infinie des faits psychologiques à quelques lois fondamentales de la matière vivante. Il étudie l'homme dans sa personnalité tout entière et dans ses liens avec le milieu.

Pour saisir la diversité des types, M. L. Corman dégage d'abord les types les plus caractéristiques. Après une première leçon, intitulée : *Du Type dilaté au Type rétréci ; l'influence des milieux sur la formation des Types hu-*

maines ; il décrit en sept leçons les variétés humaines les plus habituelles, variétés qui s'allient entre elles pour former l'innombrable diversité des hommes, objet de la neuvième leçon : *Les alliages des Types ; les sources du talent et du génie.*

Une leçon sur *La Morpho-psychologie de l'enfant* permet de mieux comprendre la diversité des enfants, et les exigences particulières d'hygiène et d'éducation qui en résultent. La onzième leçon a pour titre : *L'homme et la femme ; où l'on apprend que l'égalité des sexes est fondée sur leurs différences.*

De toutes ces données se dégage une intéressante *Méthode pratique d'investigation morpho-psychologique*, qui est exposée dans la douzième leçon. L'ouvrage se termine par trois leçons consacrées à *L'Orientation professionnelle.*

Travail entièrement original, dont les applications pratiques restent difficiles car, dit lui-même l'auteur, « l'infinie variété des hommes déborde beaucoup les cadres schématiques où j'ai voulu les enfermer ». Mais travail qui contient, avec une méthode nouvelle, beaucoup de faits et beaucoup d'idées clairement exposés en un livre non moins clairement illustré.

René CHARPENTIER.

Hypnose, psychisme et pression sanguine (Enregistrement de la pression sanguine comme méthode de recherche psychologique), par le Dr Berthold Stokvis, assistant à la clinique psychiatrique de l'Université de Leiden. — **Hypnose, psyche en Bloeddruk** (Bloeddrukregistrering als methode voor psychologisch onderzoek). Avec une préface du prof. Dr E. A. D. E. Camp. 1 vol., in-8°, 600 pages, 9 figures et 19 courbes hors-texte. « De Tijdstroom » éd., Lochem (Hollande) 1936.

Jusqu'à quel point l'hypnose, méthode ancienne que l'on a souvent tendance à considérer comme ayant fait faillite, peut-elle être utilisée à titre de thérapeutique symptomatique, contre l'hypertension essentielle ? Telle est la question principale que l'auteur s'est posée. La première partie du travail est consacrée à des recherches préliminaires. Pour étudier l'influence de l'hypnose sur les symptômes subjectifs et objectifs des hypertendus, il était nécessaire de préciser tout d'abord les conditions de la pression normale et les mécanismes des différentes formes d'hypertension, les problèmes étiologiques et thérapeutiques qui s'y rapportent. Cette étude fait l'objet du premier chapitre. Le second chapitre est consacré à l'examen de nos connaissances sur les relations entre la tension artérielle et le psychisme : influence des excitations psychiques et sensorielles sur la tension artérielle, comportement de celle-ci au cours de diverses affections mentales. Le troisième chapitre est relatif aux relations qui existent entre l'hypnose et la circulation. L'auteur cherche tout d'abord à définir l'hypnose, les conditions dans lesquelles elle peut avoir lieu, et à classer les phénomènes d'hypnose. Il analyse ensuite les symptômes objectifs de l'hypnose, ainsi que les symptômes subjectifs, étudiés par la méthode de l'introspection. À l'aide de ces données, il cherche à approfondir nos connaissances sur le mécanisme psychologique de l'hypnose. Les diverses théories ainsi que les rapports entre l'hypnose et le sommeil sont discutés, et une tentative d'explication de l'hypnose est donnée. L'influence de l'hypnose sur la composition du sang et sur l'appareil circulatoire est étudiée ensuite.

Dans la *deuxième partie* de son travail, l'auteur aborde le sujet proprement dit. Le premier chapitre est une étude critique de la manière dont les questions doivent être posées et dont les résultats des examens doivent être interprétés. Le deuxième chapitre concerne la méthode. Après un rappel des principales techniques de mensuration et d'inscription de la tension artérielle, l'auteur décrit le « tensographe », appareil qu'il a lui-même construit, et qui permet l'enregistrement graphique permanent de la tension artérielle sans aucune gêne pour le sujet. Les diverses méthodes d'hypnotisme sont ensuite exposées et discutées, ainsi que les méthodes qui permettent de confirmer le diagnostic d'« hypertension essentielle », et d'étudier la fonction rénale.

Le troisième chapitre est consacré à l'exposé des résultats obtenus par l'application des méthodes décrites à des sujets normaux et à des sujets hypertendus. Selon M. Berthold Stokvis l'hypnose détermine généralement une chute de la tension artérielle et constitue un moyen d'améliorer les troubles objectifs et subjectifs de l'hypertension essentielle. L'amélioration apportée aux symptômes subjectifs est plus durable que celle apportée aux symptômes objectifs. L'effet du traitement dépend de plusieurs facteurs, qui sont ici analysés ainsi que les influences des suggestions hypnotiques sur la tension artérielle et sur la fréquence du pouls, celles aussi des excitations psychiques et sensorielles. L'auteur constate que les inquiétudes et les émotions déterminent une élévation de la pression sanguine, fait important au point de vue de la psychogénèse de l'hypertension essentielle. Il semble bien exister des réactions spéciales à chaque tempérament et l'étude minutieuse des courbes obtenues démontre que l'on peut diviser les sujets en huit groupes, correspondant au schéma établi par Heijmans pour l'étude des tempéraments. On voit ainsi l'analyse de certaines fonctions végétatives confirmer une classification établie d'après l'étude des fonctions psychiques supérieures.

L'auteur fait remarquer lui-même que le nombre de sujets examinés est encore trop restreint pour pouvoir conclure d'une manière définitive. Quoi qu'il en soit, le très important travail du Dr Stokvis a un double mérite : celui d'avoir mis au point un appareil d'enregistrement automatique et permanent de la pression sanguine, et celui de nous indiquer une méthode de recherche dont les applications possibles sont innombrables, et qui semble devoir être particulièrement fructueuse dans l'étude des rapports entre le psychique et l'organique.

J. LEY.

Physiologie de l'écriture cursive, par le Dr H. CALLEWAERT (1 brochure in-8°, 124 pages, avec 56 figures, Desclée, De Brouwer et Cie, Paris, L'Édition Universelle, Bruxelles).

Cette étude illustrée des problèmes de l'écriture s'adresse aux médecins, aux éducateurs, aux psychologues comme aux graphologues. L'altération de l'écriture au cours des affections organiques du cerveau ou de la moelle ne déterminant pas de modification du caractère indique l'importance du fonctionnement cérébro-médullaire dans l'écriture. La ressemblance des écrits chez des membres d'une même famille, de caractère pourtant différent, montre l'influence de la constitution. La similitude des écrits chez des élèves

ayant suivi le même enseignement se trouve être la marque de la technique imposée.

Pour rechercher comment la personnalité se traduit dans l'écriture, il faut établir l'influence de la constitution, l'influence du tempérament, en particulier de l'activité endocrinienne, et l'influence permanente ou passagère du caractère et de ses variations affectives.

Au triple point de vue pédagogique, graphologique et médico-légal, une base physiologique est nécessaire.

René CHARPENTIER.

PSYCHANALYSE

Pathologie de la vie amoureuse. Essai psychanalytique, par le Dr S. NACHT (1 vol. in-12, 200 pages, éditions Denoël, Paris, 1937).

Montaigne s'étonnait qu'en son temps, pourtant moins pudibond que le nôtre, on n'osât parler « sans vergogne » de l'activité génitale « si naturelle, si nécessaire et si juste » et qu'il fallût « l'exclure des propos sérieux et réglés ».

C'est en grande partie à cause de cette « vergogne » que les études des médecins et des éducateurs sont demeurées longtemps en dehors de ce problème vital. C'est à cette attitude répressive à l'excès que l'on attribue aujourd'hui un grand nombre d'anomalies, de névroses et de perversions. Dans ce volume, l'auteur étudie les troubles de la vie sexuelle à la lumière de la psychanalyse. Son livre, destiné au grand public cultivé, l'aidera à comprendre les grandes anomalies et lui fera comprendre qu'on peut parfois les guérir.

Faisant état des découvertes de Freud, M. S. Nacht y ajoute un grand nombre d'observations et de réflexions personnelles. Son exposé, qui reproduit quatre leçons faites au mois de mars 1937 à l'Institut psychanalytique, montre l'étendue de la tâche prophylactique à accomplir dans le domaine de la vie sexuelle.

L. R.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Médecine et adolescence, par R. BIOT, J. CHARRAT, G. COTTE, A. DUFOURT, H.-M. FAY, L. JULLIEN, J. LACROIX, J. MONCHANIN, G. MOURIQUAND, M. PÉHU, N. PENDE (1 vol. in-8° écu, 314 pages, éditions du Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, Librairie Lavandier, Lyon, 1937).

Ce nouveau volume du Groupe lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques est la suite normale du précédent, *Médecine et Education*. La collaboration des médecins et des éducateurs s'avère aussi nécessaire pour guider les adolescents que pour élever les enfants. Au moment où la transformation physiologique de l'organisme se complique souvent d'une crise morale, l'être humain a besoin, plus que jamais, d'avoir auprès de lui une direction sage et délicate.

Dans ce volume, on trouvera réunies onze conférences. Le professeur G. Mouriquand y montre l'importance de la prépuberté : âge optimum où

les efforts conjugués des médecins, des pédagogues, des parents peuvent préparer et créer l'immunité intellectuelle et morale.

Le Dr G. Cotte analyse les modifications morphologiques ou fonctionnelles dont l'organisme est le siège au moment de la *puberté*. Le professeur Nicola Pende, de Rome, indique combien nombreuses sont les applications de la connaissance du *tempérament de l'adolescent* au problème de la formation harmonieuse des nouvelles générations.

Après une étude de M. Jean Lacroix sur *l'adolescence au point de vue psychologique et pédagogique*, le Dr Maurice Péhu indique ce que doit être *l'éducation physique dans l'adolescence*, et le Dr André Dufourt recherche et établit les causes du développement de la *tuberculose* chez les adolescents, ses conditions d'apparition et ses modalités cliniques.

Les conditions de travail chez les jeunes sont étudiées par le Dr H.-M. Fay et le délicat problème de *l'orientation professionnelle* par le Dr Jean Charrat.

Le Dr René Biot, l'actif animateur du Groupe lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques, s'est réservé de traiter l'important chapitre des *problèmes sexuels de l'adolescence*, tandis que le *Médecin général Jullien* s'attachait à la prophylaxie des risques sexuels par l'éducation de la jeunesse.

Cette intéressante série se termine par une remarquable conférence, dans laquelle M. l'abbé Monchanin nous conduit éloquemment de la solitude de Narcisse à la solitude avec Dieu, à travers la camaraderie, l'amitié et l'amour.

« Les limites du freudisme, écrit-il notamment, sont peut-être d'avoir privilégié à l'excès la *libido* et appauvri par là le drame intérieur. La terminologie et le positivisme de la méthode ont élaboré une manière de scholastique nouvelle, qui risque de dissimuler ce qu'il y a d'irréductible en chaque personnalité et surtout de masquer la création en canonisant le tout fait. »

René CHARPENTIER.

L'intoxication professionnelle par le manganèse, par Paul LEJEUNE. 1 vol., 92 pages. Thèse de Doctorat en Médecine, Lille, 1937.

L'intoxication par le manganèse est une des dernières en date dans la série des maladies professionnelles reconnues. Le décret du 16 octobre 1935 rend obligatoire la déclaration des intoxications chroniques dues au bioxyde de manganèse et à la pyrolusite. Le développement industriel contemporain a multiplié les cas de manganisme.

M. Lejeune traite son sujet avec conscience. Il a observé de près les broyeurs de minerai dans leur travail et au cours de leur maladie. Il insiste sur l'évolution insidieuse de l'intoxication, dépourvue au début de toute caractéristique. Peu à peu, avec une altération sensible de l'état général et un état d'anémie progressif, des troubles moteurs s'installent. Ils affectent trois catégories de muscles : ceux des membres, des membres inférieurs surtout, provoquant une incoordination précoce avec spasmes, ceux de la face modifiant profondément la mimique, ceux des organes de la parole rendant la voix faible et l'articulation lente et scandée. A ces signes fondamentaux il faut ajouter le tremblement, l'hyperréflexivité tendineuse, les fourmillements et les crampes et presque constamment un affaiblissement intellectuel avec altération de l'activité psycho-motrice, troubles du sommeil et parfois délire et confusion.

La gravité du manganisme est évidente. Aucune thérapeutique effective n'est possible et la base des mesures utiles reste l'hygiène des locaux industriels et celle de l'individu.

M. Lejeune rappelle les intéressantes recherches de son maître, le professeur Leclercq, sur la valeur des minerais manganiques manipulés. Il est certain que la présence de nombreuses impuretés rend dans la pratique les intoxications complexes et augmente les difficultés du diagnostic et de la prophylaxie.

P. CARRETTE.

ASSISTANCE

L'aliéné, l'asile, l'infirmier, par Th. SIMON, Médecin-Directeur honoraire de l'Hôpital Henri-Rousselle, Président de la Société Alfred-Binet (1 vol. in-12, 380 pages, nouvelle édition. Imprimerie A. Coueslant, Cahors, 1937).

Dédié au personnel infirmier de l'Admission (Asile-Clinique), ce livre dont M. Th. Simon rapporte modestement le mérite à l'enseignement et à l'exemple de Magnan, dont il fut l'élève et le digne successeur, est avant tout un témoignage. Il exprime à la fois cet amour du malade que Magnan savait si bien inculquer à ses élèves et la sollicitude pour un personnel infirmier dont la tâche souvent ingrate, mais capitale, réalise le traitement continu de malades auxquels est indispensable une surveillance affectueuse et attentive. Que de connaissances, d'expérience et de qualités personnelles ne faut-il pas pour faire un bon infirmier d'hôpital psychiatrique !

Ce livre a pour but de suppléer à l'expérience lentement acquise. En même temps que d'excellents conseils pratiques, il indique de précieux principes généraux, insistant autant sur ce qu'il ne faut pas faire que sur ce qu'il faut faire.

On y trouvera tout ce qui concerne les rapports de l'infirmier avec les malades ; les moyens de contention (leurs dangers et ce qu'il faut faire pour ne pas les employer) ; l'attitude et les précautions à prendre lors de l'admission d'un malade ; l'alitement ; les précautions à prendre contre les diverses réactions possibles, le suicide et l'évasion ; la toilette, l'alimentation, le travail, les distractions des malades ; les soins spéciaux nécessités par certaines catégories de malades, etc., etc.

Livre indispensable à tous ceux qui ont l'importante tâche d'éduquer un personnel infirmier.

René CHARPENTIER.

Les devoirs de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques, par le Dr Frantz ADAM (1 brochure in-8°, 48 pages, Librairie Huffel, Colmar, 1937).

Cette brochure contient le texte d'une belle conférence faite par l'auteur aux jeunes infirmiers de l'asile de Rouffach, le 4 décembre 1936. Rappelant d'abord cette phrase de Parchappe : « Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir », et le souvenir de Pussin, surveillant du service de Pinel, M. Frantz Adam énumère les qualités nécessaires à un bon infirmier : la bonté intelligente, l'initiative, la douceur, la patience, le sang-froid, le tact, le respect du secret professionnel, la tolérance politique ou religieuse, la tenue, l'honnêteté, la conscience, le sens de la responsabilité,

la tempérance. Il insiste sur la supériorité des enseignements pratiqués sur les leçons théoriques, la nécessité d'apprendre à réfléchir, à prendre des notes exactes, à savoir rendre compte des faits et gestes des malades, leur donnant aussi d'utiles conseils sur la façon d'occuper leurs heures de liberté.

René CHARPENTIER.

Problèmes psychologiques à l'usage des infirmières d'hygiène maternelle et infantile, par le Dr W. MORGENTHALER, privat-docent, traduit et adapté en français par M^{me} le Dr J. RUEFENACHT-GERBER (1 brochure in-16, 58 pages, éditions Hans Huber, Berne, 1936).

Destinée à initier les jeunes infirmières des écoles de puériculture à l'état psychique des suites de couches, cette brochure reproduit la substance de leçons faites par le professeur Morgenthaler à la Pouponnière de Berne. Sont étudiés successivement la psychologie de l'infirmière vis-à-vis du nouveau-né, l'état psychique de l'accouchée, les névroses de la maternité, les conflits conjugaux, les troubles psychopathiques, la psychologie paternelle, l'attitude vis-à-vis des enfants, les rapports avec le personnel domestique, les particularités familiales tenant à leur situation matérielle, sociale, politique, à leur mentalité, aux tensions et aux conflits.

Dans cet intéressant exposé, qui comble une lacune, M. Morgenthaler étudie pour terminer la personnalité de l'infirmière et son développement. La vocation d'infirmière d'hygiène maternelle et infantile ne réside pas dans l'accomplissement machinal des soins à donner au bébé et à la mère. Comme la vocation d'infirmière psychiatrique, elle exige le don de tout l'être.

René CHARPENTIER.

Les tendances actuelles de l'assistance psychiatrique en France et à l'étranger, par le Dr Lionel VIDART, interne des asiles de la Seine. 1 broch., in-8°, 120 pages, Le François édit. Thèse Paris, 1937.

La conception moderne de l'assistance psychiatrique avec services ouverts s'inspire de l'esprit philosophique et libéral du XVIII^e siècle, de celui de Voltaire et des maisons religieuses consacrées aux aliénés à cette époque. A la Charité de Senlis notamment, s'il y avait le bâtiment de la force, il y avait aussi celui de la liberté et de la demi-liberté, réservé aux pensionnaires libres, venus volontairement y demeurer et considérés comme inoffensifs.

La loi de 1838 consacre le droit des malades aliénés à l'assistance, elle leur évite toute promiscuité avec les délinquants et les criminels, elle les a même fait bénéficier les premiers de l'assistance obligatoire, mais elle n'a pas envisagé les services ouverts, le traitement libre des psychopathes. En marge d'elle, grâce à l'appui du Conseil général de la Seine et plus spécialement d'Henri Rousselle, le Dr Toulouse put fonder le 1^{er} juin 1922 le service libre de prophylaxie mentale qui devint le Centre de Prophylaxie mentale du département de la Seine, l'hôpital Henri-Rousselle, fonctionnant comme un hôpital ordinaire sous le régime de l'assistance médicale gratuite hors de la loi de 1838.

Après avoir exposé les mesures d'assistance des aliénés dans les pays étrangers le Dr Vidart aboutit à cette conclusion qui résume tout son travail : l'assistance psychiatrique contemporaine — avec les services ouverts

et les colonies familiales — se singularise par une double tendance : celle de venir au secours du malade mental avant qu'il soit nécessaire de l'interner, celle aussi de laisser vivre au dehors, sous certaines garanties, celui qui, à l'asile, n'avait pu trouver une guérison complète.

R. DUPOUY.

THÉRAPEUTIQUE

L'Année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux. Onzième année 1936, par le Dr A. RAVINA (1 vol. in-8°, 175 pages. Masson et C^{ie} édit., Paris, 1937).

Ce onzième volume est le résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1936, tant en France qu'à l'étranger.

Il a pour but de faire connaître des techniques nouvelles d'application facile et comprend sous trois chapitres : maladies et symptômes, méthodes et techniques, médications, toutes les acquisitions thérapeutiques de l'année. Avec les précédents volumes, il contient donc toutes les ressources de la thérapeutique moderne.

Nous signalerons particulièrement ici le traitement de l'alcoolisme par l'intolérance provoquée, application du principe des réflexes conditionnés, le traitement de la chorée par l'électropyréxie, l'action des hypertoniques sur les convulsions et la somnolence dans l'encéphalite du nourrisson, le traitement de la céphalée des hypertendus par l'autohémothérapie, le traitement de la maladie de sérum par le bain de chaleur, le traitement des névrites de la grossesse par la vitamine B, le traitement de la sclérose en plaques par l'acide ascorbique, le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, les traitements physiopathologiques des douleurs fulgurantes du tabès, le traitement des algies du zona par l'anatoxine staphylococcique, le traitement de la morphinomanie et de l'héroïnomanie par l'insuline, la substitution thérapeutique de l'insulate de protamine à l'insuline, l'emploi de la phényl-éthyl-malonylurée dans le traitement de l'urticaire, de l'herpès et du zona, etc.

L'ouvrage se termine par une utile table alphabétique des matières contenues dans les cinq volumes précédents.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

La valeur de la castration en droit criminel (Die bedeutung der kastration im strafrecht), par le Dr Gerold LUTHY. 1 vol., in-8°, 121 pages, Feldegg A. G. édit. Zurich 1937.

Cet intéressant travail de plus de cent pages étudie la castration du point de vue du droit pénal exclusivement. Dans une première partie, l'auteur, après avoir rappelé les divers procédés permettant de la réaliser, discute les indications de la castration en les opposant à celles de la stérilisation : celle-ci trouverait des indications à la fois sociales, médicales, eugéniques et pénales, — tandis que celle-là serait avant tout un moyen de politique

criminelle, qu'il conviendrait d'envisager concurremment avec l'internement dans les cas de délits sexuels.

Suivent un rapide exposé historique, puis une troisième partie, consacrée à la discussion, sur le plan juridique, de la castration entendue comme peine et comme mesure de police. L'examen des diverses théories élaborées permet de conclure à la légitimité de cette pratique.

Un appendice, contenant le texte des lois autorisant la castration, termine cet opuscule qui, enrichi d'une bibliographie abondante, reste à la fois le plus complet et le plus récent des ouvrages concernant cette question.

G. DELAHAYE.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

D'Hérophile à Galien, par A. SOUQUES. *Revue Neurologique*, T. LXV, n° 3, p. 489-525, mars 1936.

De la mort d'Hérophile à la venue de Galien une des « périodes obscures » de l'histoire de la médecine se déroule. Les « phases brillantes » sont toujours marquées par le prestige d'un homme. La période étudiée par M. Souques est remarquable par l'activité des compilateurs. L'anatomie, la physiologie, l'assistance piétinent. Toutefois les études cliniques progressent et on peut lire dans Arétée et dans Soranus la description des accidents cérébro-méningés post-traumatiques, de la migraine, des vertiges, de l'épilepsie, des paralysies, des spasmes, du tétanos et des grands syndromes psychiatriques. Cette contribution confirme et complète d'autres essais historiques et si elle permet de mesurer l'étendue des connaissances cliniques des anciens, elle fait aussi mieux ressortir l'admirable essor de la neurologie française à la fin du XIX^e siècle.

P. CARRETTE.

Les conditions contemporaines culturelles et sociales et les névroses, par M. MINKOWSKI. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, nos 29-30 du 6 août, nos 31-32 du 20 août et n° 33 du 3 septembre 1936.

Au cours de son travail sur les névroses, l'auteur se place surtout sur le terrain de la médecine sociale. Après avoir suivi l'évolution historique de la notion de névroses, l'auteur expose la conception neuro-biologique de Monakow à laquelle s'ajoutent les interventions de facteurs physio-pathologiques, génétiques et dynamiques. Sur le terrain de cet équilibre complexe de l'individu, l'auteur étudie le rôle de l'intervention des conditions particulières de la vie sociale moderne. Il souligne la multiplicité des variétés de facteurs politiques, religieux, raciaux, économiques, sociaux et collectifs. Le rôle des instincts de conservation, de sexualité, de procréation.

Les conditions d'existence matérielle : la misère, la prostitution, le chômage, les toxicomanies. L'influence inductive exercée par les chefs populaires sur la mentalité des masses en état de surexcitation.

L'auteur conclut en soulignant que toute conception unilatérale intervenant dans le domaine de la genèse des névroses devrait être réduite aux proportions d'une fiction, qui demanderait à être remplacée par une large synthèse.

FRIBOURG-BLANC.

Les réflexes conditionnels chez l'homme, par Henri SCHAEFFER. *La Presse Médicale*, n° 21, p. 405-410, 11 mars 1936.

Les recherches de Pavlov sur la réflectivité conditionnelle ont montré chez l'animal la réponse à un excitant sans lien direct avec lui et par analogie il a été possible d'en tirer d'intéressantes explications de physiologie humaine, sur la sécrétion salivaire par exemple, sur l'attitude dans les diverses constitutions, sur les névroses expérimentales. L'interprétation des phobies, du sommeil, des troubles du langage et même de certains symptômes psychosiques bénéficie aujourd'hui de la notion de réflexe conditionnel qui fournit de nouvelles méthodes d'étude à la pathogénie neuro-psychiatrique.

P. CARRETTE.

L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques, par Jean LHERMITTE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin-Chef de l'Hospice Paul-Brousse. *Revue Médicale Française*, mars 1937.

Cette notion de l'image du moi dont la valeur sémiologique est due à Pick qui décrit l'auto-topo-agnosie est envisagée par M. Lhermitte sous ses différents aspects. La nécessité de l'existence d'un schéma de nos attitudes est, une fois de plus, confirmée par l'agréable revue générale de M. Lhermitte qui a d'ailleurs étudié la question à plusieurs reprises, notamment avec Trelles.

La constitution de l'image du soi, ses modifications pathologiques, sa pathologie posent de multiples problèmes aux neurologues et aux psychiatres. L'autoscopie, les hallucinations spéculaires, l'hallucination ou illusion des amputés, le membre fantôme chez les amputés, l'étude de certains cas d'hémiplégies, d'agnosies et d'apraxies, d'intoxications, montrent que cette image du soi est soumise à des modifications des plus curieuses dont M. Lhermitte rapporte de nombreux et intéressants exemples.

M. LECONTE.

Le rôle des Noyaux diencephaliques dans la vie végétative et la vie psychique, par A. SALMON (*Rivista sperimentale di Frenatria*, décembre 1936).

La pathogénie des syndromes diencephaliques peut s'expliquer par les rapports très étroits des noyaux diencephaliques avec le système sympathique, le système endocrinien (plus spécialement l'hypophyse et les glandes surrénales) et le cortex frontal.

L'action de ces noyaux s'exerce surtout sur les fonctions végétatives réglées par le système sympathique. Leur rapport avec le cortex frontal élucide le mécanisme du sommeil normal et pathologique et certains troubles psychiques.

P. ABÉLY.

Le réflexe épileptique, par P. HARTENBERG. *Journal des Praticiens*, n° 13
28 mars 1936.

Conception ingénieuse de l'épilepsie assimilée au réflexe. La crise comprend l'excitation initiale et la réponse convulsive. L'excitation précède une phase d'inhibition corticale que traduit la perte de connaissance. L'accident de la petite épilepsie apparaît ainsi comme un réflexe écourté, avorté ; la décharge des centres inférieurs fait défaut, et c'est le vertige ; l'inhibition cérébrale reste incomplète, et c'est l'absence ; excitation et décharge se limitent aux centres psychiques sans inhibition, et c'est l'équivalent psychique.

P. CARRETTE.

Les causes du réflexe épileptique, par P. HARTENBERG. *Journal des Praticiens*, n° 37, 12 septembre 1936.

Le déclenchement des manifestations épileptiques est dû, pour M. Hartenberg, à une altération cérébrale exerçant une action non destructrice, mais irritative, généralement décelée par un examen neurologique minutieux, l'étude des antécédents et confirmée par l'autopsie. Aux causes favorisantes multiples vient s'ajouter ce que l'auteur appelle « l'habitude épileptique », la répétition développant l'aptitude du cerveau à déclencher le réflexe. Ce point de vue comporte une contre-partie thérapeutique : la nécessité pour obtenir la guérison d'utiliser les moyens les plus énergiques et d'en prolonger l'emploi jusqu'à la suppression des accidents, même les plus légers.

P. CARRETTE.

Névrose d'angoisse par varicocèle (Neurosis de angustia por varicocele), par Antonio Sicco. *Archivos uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, T. IX, n° 6, p. 696-702, décembre 1936.

La névrose d'angoisse secondaire au varicocèle obéit au mécanisme habituel des névropathies déclanchées à l'occasion de troubles somatiques, mais avec un facteur d'aggravation : la fixation obsédante d'un complexe sexuel. L'auteur déclare avoir observé un certain nombre de sujets indemnes de tare et de prédisposition dont la névrose s'atténuaient parallèlement à l'amélioration des signes de varicocèle.

P. CARRETTE.

Une épidémie d'hystérie religieuse infantile, par L. STERLING (Warszawskie Czasopismo Lekarskie, T. XIII, n° 43 du 19 novembre et n° 44 du 26 novembre 1936).

L'auteur relate le cas de la récente épidémie d'hystérie mystique qui a eu lieu en Poméranie. Les visions collectives perçues d'abord par cinq fillettes de 10 à 12 ans, se sont propagées à leur entourage familial et ensuite à la population des villages avoisinants. L'examen psychique des jeunes visionnaires a révélé le caractère pithiatique des troubles nerveux des intéressées avec des anesthésies, des paresthésies et l'état crépusculaire avec syndrome de Ganser. L'auteur étudie la pathogénie de l'épidémie religieuse de Poméranie en se basant sur le mécanisme hypoboulisque et hyponoïque de Kretschmer. Il souligne l'analogie qui existe entre la psychologie collective et la constitution hystérique. Les psychoses réactives sont

plus fréquentes chez les peuples primitifs. Elles revêtent souvent un caractère religieux et portent toujours une empreinte hystérique. Le psychisme de la foule, envisagé comme une réaction biologique, est également primitif et déclenche une phénoménologie réactive provenant de couches psychiques phylogéniquement plus jeunes sous forme de syndromes hystériques.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude de la pathologie des tumeurs cérébrales, par N. V. SAMOUCHIN. *Sovietskaia nevropatologija, psichiatria i psihogigijena*, T. IV, fasc. 4, 1935.

A propos de plusieurs cas de tumeurs cérébrales accompagnés de troubles psychiques, l'auteur fait les remarques suivantes : Bien que le siège de la tumeur joue un rôle considérable dans le tableau clinique, les manifestations psychiques liées à l'ensemble des lésions produites dans l'encéphale jouent un rôle non moins important, les troubles démentiels des tumeurs du cerveau sont caractérisés par leur polymorphisme essentiel, le changement profond de la personnalité psychique et les troubles du caractère. Le malade n'a pas conscience de son état.

A la période initiale, l'appoint toxique, surtout dans les tumeurs malignes, joue un rôle prépondérant. Mais il ne faut pas perdre de vue l'importance de la pression intracranienne. L'âge du malade et l'élément endogène de l'individu apportent également leur empreinte. A côté des hallucinations en rapport avec la localisation de la tumeur, il existe des hallucinations qui traduisent la réaction délirante elle-même. Elles sont alors passagères et soulignent la gravité des tumeurs particulièrement malignes. Dans certains cas, au début de la maladie, les troubles psychiques peuvent revêtir les caractères de la schizophrénie.

FRIBOURG-BLANC.

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. Technique. Résultats.
Indications, par Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. *La Presse médicale*, n° 34, 25 avril 1935.

Méthode d'investigation inoffensive, l'encéphalographie lombaire permet de diagnostiquer certaines néoformations hémisphériques avant l'apparition des troubles d'hypertension intra-cranienne et de découvrir l'hématome sous-dural tardif des traumatismes crâniens. Quand elle précise l'origine d'accidents comitiaux, sa valeur thérapeutique est appréciable. Elle peut entraîner la sanction opératoire ou constituer par elle-même le point de départ d'une amélioration du tableau clinique.

P. CARRETTE.

La ventriculographie (à propos de 45 cas), par Jean E. PAILLAS. *Marseille-médical*, n° 12, p. 556-576, 25 avril 1936.

Les avantages de la ventriculographie sont tels qu'elle constitue un progrès capital dans l'histoire de la chirurgie nerveuse. Quand elle ne sert pas à localiser une tumeur, elle reste un élément utile à la technique opératoire. Elle contribue à fixer la nature de la lésion ou de la tumeur plus précocement que tout autre procédé de diagnostic. En regard de ces avanta-

ges, les inconvénients apparaissent sans grande importance. Le danger d'accidents mortels dans les cas de tumeurs postérieures et dans les formes graves est négligeable si on considère le pronostic fatal et les conditions évolutives dramatiques des tumeurs cérébrales livrées à elles-mêmes.

P. CARRETTE.

A propos de l'étude sur les gauchers frustes, par Ch. MIKULSKI (*Higiena Psychiczna*, nos 1-3, 1936).

Le cadre des types constitutionnels, selon la conception de Kretchmer, est trop étroit. Les observations faites par l'auteur sur les élèves d'un lycée de Varsovie permettent d'isoler le type des gauchers frustes. Ce type constitutionnel est caractérisé en premier lieu par la schizoïdie. En seconde ligne, l'auteur souligne chez ces individus un certain degré d'inhibition générale, de timidité, de tendance au rêve, un défaut d'audace dans le comportement général, un manque d'assurance avec tendance aux compensations imaginatives. La troisième ligne est représentée par le défaut d'élocution plus ou moins prononcé, de sorte qu'on peut affirmer qu'un gaucher fruste ne sera jamais orateur. Enfin ces sujets offrent le tableau d'une certaine imprécision psychomotrice et d'une exagération de la sensibilité vaso-motrice avec tendance à la vasodilatation des vaisseaux de la face (signe du pavillon de l'oreille et de l'artère temporale du côté droit). Cette symptomatologie ne s'adresse qu'aux gauchers frustes et n'atteint pas les gauchers avérés.

FRIBOURG-BLANC.

Polynévrites non-alcooliques associées au syndrome de Korsakoff (Non-alcoholic Polyneuritis associated with Korsakow Syndrome), par L. MINSKI. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XVI, n° 63, p. 219-224, janvier 1936.

Quatre observations de syndrome de Korsakoff sont présentées, dont l'étiologie est différente dans chaque cas et correspond à l'état puerpéral, à une infection gastro-intestinale, au diabète et à la diphtérie. L'intoxication, l'infection, l'avitaminose déterminent la psychose polynévritique. Si le processus est toujours conditionné par un même type de déficiences organiques, la spécificité du toxique paraît hors de cause.

P. CARRETTE.

Aphasie de Wernicke par intoxication oxy-carbonée massive, par M. FAURE-BEAULIEU. *La Presse médicale*, n° 4, p. 81-82, 11 janvier 1936.

Les intoxications brutales par l'oxyde de carbone produisent parfois des lésions vasculaires graves dans les viscères. L'expression clinique la plus connue de leur localisation cérébrale est l'hémiplégie, mais il peut en exister d'autres. Le parkinsonisme oxycarboné a été signalé ces dernières années. M. Faure-Beaulieu décrit un cas rare où l'intoxication paraît avoir lésé la sylviennne entre la naissance des branches rolandiques et son épanouissement. L'ischémie de la zone de Wernicke a provoqué une aphasie pure de toute association avec des troubles psychiques et sensitivo-moteurs.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 décembre 1937*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *jeudi 23 décembre 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 janvier 1938*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 janvier 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

Légion d'Honneur

Est promu *Grand Officier de la Légion d'Honneur* :

M. le Professeur MARINESCO, de Bucarest, *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique ;

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. le Dr André REPOND, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz-Monthey (Valais), *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

NÉCROLOGIE

Stefan Borowiecki (1881-1937)

La neuro-psychiatrie polonaise vient d'éprouver une perte cruelle dans la personne du Professeur Stefan Borowiecki, de l'Université de Poznan, mort subitement le 8 septembre 1937, âgé à peine de 56 ans.

Né à Varsovie en 1881, il fit ses études de médecine dans sa ville natale et s'orienta rapidement vers la Neuro-Psychiatrie. Il vint achever sa spécialisation auprès des Professeurs Monakow et Bleuler en Suisse, des Professeurs Raymond, Déjerine et de Babinski à Paris. En 1917, il obtint le titre de privat-docent à Cracovie. Sa carrière fut définitivement consacrée par la nomination au titre de Professeur à la chaire de neuro-psychiatrie de l'Université de Poznan. C'est à lui qu'échoua la lourde tâche de l'organisation de l'enseignement de sa spécialité et la création de la Clinique neuro-psychiatrique au centre universitaire de Poznan, dans la Pologne ressuscitée.

L'activité scientifique du Professeur Borowiecki s'exerça spécialement dans le domaine de la psychopathologie, en particulier des névroses et des problèmes de l'hérédité. Il s'intéressait également très activement à l'anatomie pathologique des centres nerveux et publia des travaux très remarquables sur la substance grise du pont de Varole.

Le Professeur Borowiecki laisse en France de nombreux amis, qu'il a conquis par ses hautes qualités de pondération, de tact et d'amabilité.

FRIBOURG-BLANC.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 55.495 .

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES FORMES CLINIQUES DU CAFÉISME CÉRÉBRAL

PAR

PRIVAT DE FORTUNIÉ et BELFILS



L'intoxication par le café est une de celles que nous recherchons rarement chez les psychopathes. Elle est cependant fréquente chez la femme, qui affectionne particulièrement cette boisson et qui semble, beaucoup plus que l'homme, en ressentir les effets nocifs par suite de sa vie moins active et de sa susceptibilité physiologique plus grande. Pour une seconde raison, à savoir la ressemblance des accidents toxiques produits par le café avec ceux dus à l'alcool, on a pu dire que le caféisme était l'alcoolisme de la femme. Assez souvent d'ailleurs le café, comme le dit Fernet (1), est le satellite de l'alcool. La susceptibilité particulière de certains individus à l'action du café n'est elle-même pas quelque chose de fixe et d'immuable. Elle peut varier avec les modifications du régime, le changement d'occupation et surtout l'âge du malade. On peut devenir susceptible à l'action du café après avoir été indemne pendant plusieurs années. On peut perdre cette susceptibilité après l'avoir longtemps éprou-

(1) FERNET. — Les satellites de l'alcoolisme. *Revue Médicale*, 5 sept. 1906.

vée [Bomby (1)]. Il est bien difficile dans ces conditions de préciser à quelle dose le café devient toxique. En général, c'est la consommation prolongée d'une dose excessive qui détermine les accidents.

Les principaux symptômes dus à l'intoxication sont :

a) Les troubles de la motilité et principalement le tremblement que l'on rencontre environ dans 60 % des cas et qui peut persister plusieurs semaines après la suppression du café. Localisé de préférence au niveau des mains, c'est un tremblement vibratoire à oscillations très rapides. Plus rarement le tremblement peut s'étendre aux muscles de la langue et de la face. Il existe parfois des secousses musculaires, des crampes.

b) Les troubles de la sensibilité consistent en hyperesthésie cutanée, sensations paresthésiques, fourmillements, picotements. Un des accidents les plus fréquents et les plus tenaces de l'intoxication par le café c'est le prurit. Il acquiert parfois une intensité extrême. La diminution de la sensibilité est beaucoup plus rare que son exaltation.

c) Les vertiges assez fréquents sont étroitement liés à la dyspepsie et aux troubles gastriques consécutifs à l'abus du café.

d) Les troubles digestifs jouent un rôle important dans le tableau clinique de l'intoxication caféique. Ils sont presque constants et les premiers en date. L'anorexie est intense et va parfois jusqu'à une véritable répulsion pour toute nourriture. Rarement on note de véritables piteutes.

e) L'action sur le sens génésique se traduisant par un effet anaphrodisiaque. Exceptionnellement le café est susceptible de provoquer l'avortement. C'est ainsi qu'une malade de Ranwez (2) avorta après avoir absorbé une infusion de plus d'un quart de livre de café cru. La malade de Curschman (3) avait absorbé pour se faire avorter une infusion de 250 gr. de café dans un demi-litre d'eau.

f) On a encore signalé dans le caféisme des troubles circulatoires, le plus souvent de la tachycardie, des troubles vasomoteurs, respiratoires (dyspnée), sécrétoires (polyurie) qui paraissent être strictement du domaine du sympathique. Renon (4), décrivant le caféisme aigu, insiste particulièrement sur ces manifestations.

(1) BOMBY. — Le caféisme. Thèse de Paris, 1905.

(2) RANWEZ. — *Presse Médicale Belge*. Cité par Bomby, Thèse Paris, 1905.

(3) CURSCHMAN. — Ein fall von kaffee intoxication. *Deut. Klinik. Berl.*, XXV, 377, 380.

(4) RENON. — Le caféisme. *Nouveau Traité de Médecine*, fascicule 6, 2^e édition, 1925.

g) Au point de vue cérébral le café diminue la sensation de fatigue, facilite le travail intellectuel, chasse le sommeil, aussi pourrait-on citer nombre d'orateurs, d'écrivains ou d'artistes qui en ont fait un grand usage. Quant aux accidents psychopathiques du caféisme, ils sont plus encore que ceux de l'alcoolisme conditionnés par une prédisposition spéciale révélée par les antécédents héréditaires et personnels des malades. Les personnages auxquels nous faisons allusion plus haut comme ayant abusé du café furent indemnes de ces accidents parfois remplacés chez eux par des accidents d'un autre ordre. Ainsi c'est avec une apparence de raison que l'un d'eux, Fontenelle, qui vécut plus que centenaire, put répondre à un interlocuteur soutenant que le café était un poison : « Si c'est un poison, c'est un poison bien lent. »

Par contre il suffit de donner du café à un épileptique pour voir le nombre des crises augmenter dans des proportions considérables [Marchand (1)]. Cet exemple montre bien à la fois le rôle du terrain et l'action incontestable du café sur le cerveau.

Nous ne ferons que mentionner l'ivresse caféique décrite par Gouget (2) et ressemblant beaucoup à l'ivresse alcoolique, mais dont nous n'avons personnellement pas rencontré de spécimen.

Le caféisme chronique nous arrêtera davantage.

Disons tout d'abord qu'au cours de cette intoxication on n'a pas, à notre connaissance, signalé d'accidents aigus comparables au *delirium tremens* alcoolique. Cependant nous croyons devoir mentionner le fait suivant observé par l'un de nous. Il s'agit d'un inculpé, qui depuis longtemps avant son arrestation pour tentative de meurtre, absorbait quotidiennement environ deux litres de vin et un litre de café très fort. Le troisième jour après son attentat, survint une crise de *delirium tremens* directement imputable à la suppression brusque de l'alcool et non pas à celle du café dont le sevrage complet est au contraire rapidement salutaire. Néanmoins le caféisme nous paraît être intervenu en la circonstance pour donner une physionomie particulière aux accidents constatés chez le malade et décrits dans un rapport d'expertise par un médecin spécialiste. Au milieu d'un délire onirique des plus actifs avec agitation confusionnelle extrême apparurent des troubles circulatoires et respiratoires très alarmants : cyanose et dyspnée intenses qui, faisant craindre la

(1) MARCHAND. — Discussion de la communication de MM. Heuyer et Borel sur les accidents subaigus du caféisme. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 22 juin 1922.

(2) GOUGET. — Le caféisme et le théisme. *Gaz. Hôp.*, 28 nov. 1907.

mort rapide par asphyxie, obligèrent de recourir à des inhalations d'oxygène. 48 heures après le début des troubles mentaux et 24 heures après l'apparition des troubles circulatoires et pulmonaires, ceux-ci disparurent en même temps que les hallucinations. Chez le malade encore confus et amnésique de sa crise, l'expert constatait à ce moment l'absence de tremblement de la langue mais la persistance d'un tremblement rythmique et menu des doigts. Ce dernier n'avait pas disparu deux mois après l'arrestation de l'inculpé qui présentait encore à la même époque des signes manifestes d'insuffisance hépatique. A signaler comme antécédents héréditaires et collatéraux : l'internement et la mort de la grand'mère maternelle dans un asile, l'alcoolisme du père, la surdi-mutité de deux cousins germains et du propre frère de l'inculpé.

Martin (1) estime que le café joue un rôle sensibilisateur des centres cérébraux et les rend extrêmement sensibles à l'action de doses très minimes d'alcool, qui suffiront chez des sujets prédisposés naturellement à faire éclater un délire alcoolique dont l'intensité est loin d'être en rapport avec la faible quantité d'alcool ingéré. Le même auteur signale le cas d'une caféique atteinte de syphilis cérébrale, à forme de pseudo-paralysie générale, entrée en plein délire aigu, et se demande si le café n'a pas été la cause de cette agitation extrême.

La possibilité d'accidents psychopathiques subaigus au cours du caféisme chronique est aujourd'hui bien établie. En 1900, Combemale en a publié une observation dans *l'Echo Médical du Nord*, Heuyer et Borel en ont présenté deux cas à la Société clinique de Médecine mentale en juin 1922. Nous allons en rapporter plusieurs cas que nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement :

OBSERVATION I

Mme G. Hermancia-Amélie entre à l'asile le 24 octobre 1934.

Son père, buveur, est mort jeune d'une tumeur indéterminée du foie.

Sa mère, encore en vie, est âgée de 72 ans. C'est une vieille bronchiteuse chronique très irritable. Elle a eu 9 enfants parmi lesquels on relève : un fils d'humeur bizarre qui voyage beaucoup ; une fille présente des tendances au mysticisme ; une autre sœur de la malade a déjà été internée deux fois à Maréville pour des accès de confusion mentale. Notre malade de son côté a eu 10 grossesses, dont une fausse-couche et un enfant mort-né. Deux autres enfants sont morts en bas-

(1) G. MARTIN. — Caféisme et troubles psychiques. *Thèse de Lyon*, 1920.

âge, un à 11 mois 1/2 de convulsions, et un à 18 mois de broncho-pneumonie.

Le début de l'affection présentée par notre malade remonte aux dires de la famille à 4 mois environ. Elle était bizarre, s'arrêtait brusquement au milieu d'une conversation, restait inactive et indifférente. Depuis un mois, ces troubles se sont aggravés. La malade présente des hallucinations visuelles surtout nocturnes accompagnées d'hallucinations auditives. Elle accuse des idées d'influence et de persécution mal systématisées. Enfin, on note en elle un état d'agitation et de désordre des actes évoluant sur un fond d'anxiété diffuse l'ayant conduite à une tentative de suicide (absorption d'un collyre). Il est intéressant de souligner que, lors de son avant-dernière grossesse, elle a déjà accusé des troubles importants du caractère.

Le 9 octobre 1934, Mme G. fait une fugue et erre deux jours et demi à l'aventure. Puis elle accouche, le 14 octobre 1934, d'une façon prématurée, d'un enfant de 8 mois environ, mettant ainsi fin à une grossesse pénible. En présence des symptômes oniriques présentés par cette malade à l'entrée, nous avons interrogé la famille au sujet d'une intoxication probable. Celle-ci avoue l'abus de café, fait par la malade, qui buvait un litre et demi de café par jour.

Le 25 octobre 1934, M. le Docteur Privat de Fortunie, dans le service duquel entre cette malade, rédige le certificat immédiat suivant : « Est atteinte de délire onirique avec paroxysmes hallucinatoires nocturnes, zoopsie ; état confusionnel et anxiété panophobique, cauchemars, réveils en sursaut, insomnie, céphalée, léger tremblement des mains. Psychose apparue au cours de la dernière grossesse de la malade et à la suite d'abus de café qui, lors de la précédente grossesse, avaient déjà provoqué des troubles analogues mais moins prononcés. »

Les examens de laboratoire se sont montrés négatifs chez cette malade.

La quinzaine note déjà une amélioration des troubles confusionnels, mais la persistance d'un état dépressif et des cauchemars.

Enfin, le 20 novembre, c'est-à-dire un mois à peine après son entrée dans le service, on constate la disparition complète des troubles délirants et hallucinatoires sous la simple influence du changement de régime.

Le 29 novembre a lieu la sortie par guérison.

Il est incontestable que, vu les antécédents, nous sommes en présence d'une malade possédant congénitalement une prédisposition de terrain la rendant plus facilement qu'une autre accessible à l'éclosion d'une psychopathie.

Cette malade, depuis longtemps, abusait du café et de plus était enceinte quand les troubles mentaux sont apparus. Quelle est donc la part qui revient au café et quelle est celle qui dépend du facteur gravidique ?

Nous savons que l'état de gestation peut, du fait de l'auto-intoxication qu'il provoque, déclancher l'éclosion d'un délire hallucinatoire bruyant avec confusion, désordre des idées et des actes pouvant s'accompagner d'impulsions au suicide.

Mais si la tentative de suicide faite par Mme G. est, avec l'état confusionnel, un élément assez caractéristique d'une psychose de la grossesse, le tableau onirique et l'anxiété panophobique, qui rappellent tout à fait l'éthylisme subaigu, nous font pencher plutôt vers l'étiologie caféique des troubles présentés par cette malade, surtout si on se souvient que pour Heuyer l'anxiété est, avant la confusion, le symptôme primordial de cette intoxication.

La recrudescence nocturne du délire et des hallucinations, ces dernières affectant principalement le sens de la vue, présentant une mobilité cinématographique et consistant en représentations d'animaux (rats, chats, loups), quelquefois en apparitions de bandits ou visions de feu, sont autant de particularités qui témoignent en faveur du caféisme.

La signature physique de cette intoxication résidant dans le tremblement que présente cette malade.

L'accouchement prématuré plaide aussi dans le même sens : toute intoxication pouvant provoquer l'avortement et les cas d'intoxication aiguë caféique réalisée dans un but d'avortement criminel existant dans la littérature. La psychose de la grossesse par contre n'exerce par elle-même le plus souvent, comme le dit Régis, aucune influence fâcheuse sur la gravidité.

Enfin la guérison rapide après la suppression du toxique est encore un élément en faveur du caféisme. Mais si le tableau clinique et l'évolution nous paraissent caractéristiques du caféisme, nous sommes loin de considérer celui-ci comme un facteur psychogène exclusif dans le cas particulier. Nous pensons, au contraire, que l'état d'intoxication gravidique latent, ou tout au moins la déficience des processus d'élimination propre à l'état gravide, ont permis à l'intoxication caféique de se manifester avec une acuité qu'elle n'aurait pas revêtue dans d'autres circonstances.

OBSERVATION II

Mme J. entre à l'asile le 21 mars 1937. A ce moment, nous sommes en présence d'une malade très agitée, défaisant son lit et n'ayant pas un instant de répit. Complètement désorientée dans le temps et dans l'espace, son attention provoquée est difficile à fixer du fait de sa mobilité et de l'exagération de l'attention spontanée. Son excitation

cérébrale se manifeste par un flux de paroles sans suite. Cette loquacité avec désordre des propos étant entretenue par des réminiscences, l'emploi de proverbes, quelques pauvres associations de mots par assonance. Au milieu de cette incohérence on arrive à déceler l'existence d'un délire onirique surtout nocturne, avec cauchemars et insomnie. De la fabulation, des fausses-reconnaisances, des illusions et des hallucinations visuelles terrifiantes complètent le tableau clinique.

Au point de vue physique : la malade, fébrile (température à 38°), anorexique, a une langue saburrale et une haleine fétide. La constipation est opiniâtre. Si les réflexes tendineux sont normaux, on note cependant un tremblement assez marqué des extrémités et les réflexes photo-moteurs sont paresseux. Mme J., enfin, avoue avoir fait des excès de café.

Lés antécédents héréditaires ne fournissent rien d'intéressant à relever.

Cette malade reste ainsi pendant 4 jours, puis, le 25 au matin, nous la trouvons plus calme, lucide et capable de tenir une conversation. Elle confirme alors ses abus de café. C'est une toxicomane qui aime le café et qui en a toujours pris. Mais c'est surtout cet hiver que, pour calmer ses céphalées, elle s'est mise à en prendre continuellement : une tasse environ toutes les deux heures, dit-elle, ce qui fait un peu plus d'un litre 1/2 de fort café par jour.

Interrogée sur les circonstances de son internement, elle ne se rappelle plus bien ce qui s'est passé. Elle sait qu'elle est entrée le Dimanche des Rameaux, et encore peut-être parce qu'on le lui a dit. Mais du Vendredi-Saint au mercredi suivant, elle ne se souvient plus de rien : soit une amnésie lacunaire de six jours environ.

Par contre, elle se souvient très bien des événements antérieurs. Depuis un certain temps elle dormait mal, rêvait, avait des cauchemars et se réveillait en sursaut. Elle avait des visions de femmes sans tête, de femmes mortes à tête pointue et verte. On ne relève pas de zoopsie. Elle nous dit que toutes les personnes qui étaient autour d'elle pour la veiller étaient vêtues de noir (ce qui est bien, d'après Bomby, un symptôme de l'intoxication caféique).

Quand nous la questionnons sur la nature des phénomènes hallucinatoires qu'elles a présentés, nous ne trouvons uniquement que des hallucinations visuelles. Celles-ci, de plus, étaient à point de départ illusionnel. C'est ainsi qu'elle se rappelle bien avoir vu son médecin traitant (et elle nous en cite le nom) au pied de son lit, mais celui-ci avait une hache à la main et elle se figurait alors qu'il voulait lui ouvrir le crâne.

La quinzaine devait confirmer les progrès de l'état mental de cette malade et elle sortait le 12 avril 1937, c'est-à-dire trois semaines après son entrée, complètement lucide, présente et capable de reprendre son travail.

Cette observation nous met en présence d'un épisode hallucinatoire et délirant d'origine caféique, troubles psychopathiques dont on remarquera, comme chez la précédente malade, l'identité parfaite avec ceux d'un accès d'éthylisme subaigu. Nous trouvons, en effet, la même excitation cérébrale, la même confusion suivie d'amnésie, les mêmes troubles psychosensoriels, la même anxiété concomitante et des troubles somatiques analogues. Deux symptômes cependant signent l'origine caféique de ces phénomènes : le point de départ illusionnel des hallucinations visuelles et l'aspect noirâtre des phantopsies. L'évolution fut rapide et même plus brève que celle de l'éthylisme subaigu.

OBSERVATION III

Antécédents héréditaires. — Père interné 17 ans à Maréville, y est mort en 1911.

Mère aimait le café. Décédée à 88 ans de crises d'urémie. Aurait eu, dans les dernières années de sa vie, des idées de suicide : elle parlait de se jeter par la fenêtre et aurait fait un début de tentative d'asphyxie par le gaz d'éclairage. C'était, aux dires de notre malade, une personne de caractère sombre et ombrageux.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort à 13 mois de méningite.

Antécédents personnels. — Mlle P. a un enfant naturel : une fille actuellement âgée de 32 ans et mère de cinq enfants bien portants (le premier est aussi illégitime).

L'enquête menée par le commissaire de police de son quartier à fin d'internement nous apprend que cette malade est sortie la veille de sa maison, vers 18 heures, toute échevelée, et disant qu'elle allait se jeter dans le canal. Son frère l'a empêché de mettre ce funeste projet à exécution, mais elle l'a menacé de se jeter par la fenêtre. C'est pourquoi, la jugeant dangereuse, il a demandé son internement.

A l'entrée, on est en présence d'une malade présentant des idées de persécution actives à l'égard des siens, de ses voisins et de ses compagnes d'atelier. On a voulu l'empoisonner : ses aliments avaient un goût bizarre, ils n'avaient pas leur couleur habituelle. La nuit, dans sa chambre, elle sent des odeurs de gaz : ce sont les voisins qui cherchent à l'asphyxier. En plus de ces interprétations délirantes, on constate chez cette malade des troubles cénesthésiques pénibles : elle ressent des brûlures par tout le corps. A noter enfin l'absence de toute hallucination auditive ou visuelle.

Au point de vue physique on constate un léger tremblement des doigts, des pituites matinales, une teinte subictérique des conjonctives, le tout coïncidant avec des abus avoués de café.

On porte alors le diagnostic de syndrome interprétatif à thème délirant de persécution avec appoint toxique. Un mois environ après

son entrée, la malade se dit tout à fait bien portante. Elle ne formule plus aussi nettement des idées de persécution et d'empoisonnement et commence à émettre des doutes à leur égard : « Il me semblait que tous les aliments avaient un goût, dit-elle, mais c'était peut-être une idée causée par la maladie. »

Elle reproche cependant encore à son frère ses brutalités et en veut aussi encore à sa fille parce qu'elle n'a pas épousé le père de son premier enfant. Le 22 juillet 1936, le comportement de la malade est normal, et elle se rend compte du caractère morbide des troubles qu'elle a présentés. On demande alors sa sortie à M. le Préfet et elle sort le 1^{er} août 1936.

Elle ne devait pas d'ailleurs rester longtemps dehors. En effet, elle avait été remplacée à l'atelier où elle travaillait avant son internement. Mlle P. est alors forcée, pour gagner sa vie, de se livrer à un travail plus pénible et moins rémunérateur ; elle fait des heures supplémentaires et se fatigue. C'est alors qu'elle a de nouveau recours au café, dans lequel elle cherche un stimulant. Reprenant, malgré sa promesse, ses habitudes d'intempérance, dès le 20 novembre 1936, elle est de retour à l'asile.

Nous sommes alors en présence d'une malade se présentant correctement, bien orientée dans le temps et dans l'espace et protestant contre son internement. Répondant correctement aux questions qui lui sont posées, mais avec une certaine réticence. L'attention est bonne, la mémoire conservée. On ne trouve aucune trace d'affaiblissement intellectuel.

Mise peu à peu en confiance, Mlle P. fait succéder à sa réserve primitive une certaine logorrhée et développe alors devant nous un tableau hallucinatoire d'une grande richesse avec syndrome d'action extérieure. En plus des hallucinations auditives verbales à caractère nettement sonore, notre malade présente de l'écho de la pensée : quand elle répond mentalement à ses hallucinations auditives, c'est-à-dire quand elle pense une réponse sans la prononcer à voix haute, elle l'entend cependant articuler. Si le plus souvent c'était sa propre pensée qu'elle entendait ainsi, parfois ses réponses contenaient en plus des choses qu'elle n'avait pas l'intention de dire : c'est qu'on lui faisait de la transmission de pensée, on la suggestionnait. Nous sommes donc bien ici en présence d'hallucinations psychiques. Elle se plaint beaucoup de ce retentissement du langage intérieur. Dans le même ordre d'idées, elle assiste parfois au dévidement forcé de ses souvenirs ; ce qu'elle appelle une sorte d'examen de conscience. C'est ainsi qu'elle a la représentation de personnages liés à ses souvenirs et même de personnes décédées : en particulier, elle voit souvent sa mère sur son lit de mort, ce qui lui est particulièrement pénible. Notre malade présente aussi de l'énonciation des actes : ceux-ci, même les plus intimes, sont connus de ses persécuteurs et elle suppose qu'elle était épiée par eux.

En plus de ces phénomènes d'automatisme mental, Mlle P. accuse

des hallucinations visuelles nombreuses et plus ou moins terrifiantes. Elle a de la zoopsie, voit des oiseaux noirs, des hirondelles en particulier, des serpents et vipères noirs, des animaux sauvages. Elle a des représentations cinématographiques de personnages animés, et des ombres noires passent sur son plafond. Une fois même, elle s'est relevée pour tâter le mur et soulever son rideau pour se rendre compte et savoir s'il n'y avait pas quelqu'un dans sa chambre à cet endroit : voici bien le point de départ illusionnel des hallucinations visuelles d'origine caféïque. Ces hallucinations visuelles se produisent avant qu'elle ne s'endorme ; aussi a-t-elle pris l'habitude, pour combattre l'anxiété qu'elles déterminent en elle de dormir avec une veilleuse ; d'autant plus que, sujette à l'insomnie, des cauchemars affreux lui font voir des tigres et autres animaux féroces. Ces phénomènes, qui ne se produisent jamais dans la journée, sont la signature caractéristique, comme nous le verrons tout à l'heure, d'un fort appoint toxique.

Ce tableau psycho-sensoriel est encore renforcé par des troubles cénesthésiques pénibles. Mlle P. éprouve des sensations étranges. Ces malaises indéfinissables commencent le matin, ne font que s'aggraver jusqu'au soir pour atteindre leur acmé pendant la nuit sous forme de brûlures dans tout le corps. Elle traduit ces hallucinations cénesthésiques en disant qu'elle a la sensation d'un moteur dans le corps, qu'elle ressent des commotions électriques, que des bêtes remuent dans son ventre. Des hallucinations motrices complètent ce tableau : la nuit, elle sent son lit se balancer, et elle est secouée comme dans un bateau. A signaler enfin des hallucinations génitales, qu'elle rapporte à l'arrêt de sa menstruation, et qu'elle compare à des « déchargements électriques ».

Les interprétations délirantes dans le sens de la persécution sont encore entretenues par les mêmes hallucinations gustatives et olfactives qu'elle présentait lors de son premier internement : comme à ce moment, les idées d'empoisonnement et d'asphyxie sont revenues. « Le motif de tout cela, dit-elle, je l'ai deviné, j'ai remarqué certains coups d'œil, mon frère a intérêt à se débarrasser de moi pour certaines raisons. » Elle se refuse cependant obstinément à préciser ces dernières.

On peut facilement déceler, par l'interrogatoire, la constitution paranoïaque, qui, chez cette malade, permet l'éclosion de ses interprétations délirantes. En plus de la méfiance, de la réticence qu'elle a montrées au début de l'interrogatoire, notre malade fait montre d'idées de satisfaction vis-à-vis d'elle-même et d'idées orgueilleuses. Les personnes du quartier sont jalouses d'elle parce qu'elle porte bien la toilette et qu'elle est jolie. D'autre part, les voisins envient la façon dont elle élève sa petite-fille : cette enfant fréquentant une pension très bien cotée et étant très bien habillée. Enfin, Mlle P. est assez autoritaire : c'est elle qui met de l'ordre dans le ménage de sa fille, et elle se vante d'avoir eu assez d'influence sur son gendre pour le pousser au mariage religieux après une année de mariage civil.

Au point de vue somatique, notre malade présente des signes notables d'intoxication exogène. On note, chez elle, un tremblement assez marqué des extrémités, une teinte subictérique, des conjonctives, des réflexes tendineux exagérés. Elle accuse des pituites matinales, des vomissements de bile, de la gastralgie, enfin, une inappétence absolue touchant à l'anorexie. Interrogée sur l'origine de cette intoxication, notre malade nie tout excès alcoolique, mais avoue boire beaucoup de café. Son métier d'imprimeuse en broderie lui dessèche la gorge par suite des poussières de bleu qu'elle respire ; aussi de tout temps a-t-elle pris du café coupé d'eau pendant son travail. Mais c'est surtout alors que sa mère était malade, qu'elle s'était mise à boire du café assez fort. En plus du bol qu'elle prenait pur tous les matins à son petit déjeuner et du café coupé d'eau qu'elle buvait dans le courant de la matinée et de l'après-midi pendant son travail, elle s'en faisait du très fort pour la nuit de façon à pouvoir veiller sa mère. De cette façon, elle consommait, par jour, plus de deux litres de café fort et en était arrivée presque à ne plus dormir. C'est tout juste si elle sommeillait de 2 à 4 heures du matin dans un fauteuil.

Or, un mois après son entrée à l'asile, le sommeil lui était complètement revenu : elle faisait, comme elle dit, « le tour du cadran ». Les troubles hallucinatoires disparurent de leur côté en six semaines à deux mois environ. Puis, peu à peu, les interprétations délirantes s'estompèrent à leur tour : la malade reconnaissant leur caractère morbide. Son orgueil de paranoïaque trouvait même son compte dans cette guérison quand elle nous disait que ce qu'elle avait présenté était dû à une maladie qu'elle était heureuse de pouvoir nous expliquer. On ne trouvait pas tous les jours des malades aussi complaisants qu'elle, mais si elle était ainsi avec nous, c'était pour nous éclairer sur la nature de cette maladie dont elle se faisait un plaisir de pouvoir nous apprendre les symptômes.

En présence d'une telle amélioration, nous nous étions mis en rapport avec sa famille, pour discuter les conditions de la sortie de notre malade, quand petit à petit les troubles paranoïaques présentèrent une recrudescence de leur activité. Mlle P. était bien guérie de son intoxication et les troubles psychosensoriels qui en dépendaient étaient bien disparus ; mais un nouvel élément psychopathique venait, sous forme d'un état dépressif, raviver ses conceptions paranoïaques. C'est alors que notre malade commença à se plaindre de sa famille qui la laissait à l'asile et ne faisait rien pour la faire sortir. Puis, cet état dépressif se dissipa peu à peu et actuellement notre malade se présente avec une certaine excitation cérébrale à type maniaque. Elle est euphorique, fait des jeux de mots, cite des proverbes, en un mot, comme elle le dit elle-même : « Elle prend tout du bon côté. » Elle reconnaît beaucoup mieux le caractère morbide des troubles qu'elle a présentés, et en parlant d'eux dit que c'était de l'imagination et des hallucinations.

Cette observation nous montre l'action d'un appoint toxique sur une constitution à la fois paranoïaque et cyclothymique. Constitution que, par analogie avec la conception de Masselon sur les psychoses associées, nous pourrions qualifier de bivalente. Deux choses sont en effet à considérer chez cette malade et les troubles d'origine toxique, et sa constitution, élément prédisposant ayant permis au caféisme de se développer avec une grande richesse symptomatologique.

Cette malade était une paranoïaque avant son entrée à l'Asile, et elle le reste actuellement. Nous ne pouvons escompter aucune amélioration de ce côté si ce n'est quelques variations en plus ou en moins liées à ses tendances cyclothymiques.

Lors du premier internement, le café n'a agi qu'en permettant à la constitution sous-jacente de s'épanouir et a provoqué l'apparition d'un syndrome interprétatif aigu à thème délirant de persécution. Le changement de régime a eu assez vite raison de cette exaltation à point de départ constitutionnel. Mais Mlle P., rentrée chez elle, a continué à s'intoxiquer. L'atteinte intellectuelle a alors été plus forte, et, en plus de la simple exacerbation interprétative, s'est développée chez la malade une psychopathie à caractère nettement toxique qui s'est alors accompagnée d'un très riche tableau psycho-sensoriel, dont l'intensité est même allée jusqu'à masquer en partie le fond mental. Notons que ces troubles hallucinatoires portaient la signature de leur origine caféique, tant par l'anxiété présentée par notre malade, que par le point de départ illusionnel des hallucinations et par le caractère noir des phantopsies. La suppression brutale du toxique a de nouveau amené une sédation nette des troubles psychopathiques : la rapidité de cette amélioration étant bien symptomatique du caféisme. Celle-ci a d'abord surtout porté sur les troubles psychosensoriels, plus intimement liés que les autres à l'intoxication. Mais cette dernière avait été assez profonde pour laisser subsister, pendant un certain temps, l'exaltation constitutionnelle, aidée en cela par la prédisposition cyclothymique de notre malade. Celle-ci présente, et lucide garda de ce fait pendant assez longtemps, une acuité interprétative des plus nettes. Actuellement, toute intoxication étant dissipée, Mlle P... évolue de plus en plus vers un état antérieur compatible avec la vie normale à l'extérieur, mais n'en reste pas moins une paranoïaque.

*
**

L'observation qui suit diffère complètement des précédentes. Ici, nous ne trouvons plus de délire hallucinatoire, plus d'oni-

risme, plus de phantopsies, plus d'anxiété concomitante, mais un délire interprétatif ancien avec prédominance d'idées de jalousie, apparu tardivement chez une caféique chronique. Cette particularité, qui complète l'analogie du caféisme et de l'alcoolisme cérébral, nous a paru d'autant plus intéressante que nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, d'observation similaire. Malgré l'ancienneté du délire remontant à plusieurs années et présentant toute l'apparence de l'incurabilité, la suppression du toxique a très rapidement amené le retour à l'état normal, ce qui caractérise bien le caféisme.

OBSERVATION IV

Mme L., née Lucienne N., entre à l'asile de Maréville dans le service du Docteur Privat de Fortunie, le 30 janvier 1937, avec un certificat de placement ainsi libellé par le Docteur Sabotier :

« Je soussigné Sabotier, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme L., née N. Lucienne, et avoir constaté qu'elle était atteinte d'aliénation mentale caractérisée par les symptômes suivants : délire chronique de persécution et de jalousie évoluant depuis plusieurs mois au moins, nombreuses interprétations et illusions des sens : on la suggestionne, on a cherché à l'empoisonner ainsi que son enfant, on a mis des femmes entre elle et son mari. Sous l'influence de ce délire, Mme L. a déménagé, porté des plaintes, demandé le divorce et fait des scènes quotidiennes. Cette personne a besoin d'un traitement spécial qui ne peut lui être donné que dans un établissement fermé d'assistance, tel que l'asile de Maréville. »

De son côté, le Docteur Privat de Fortunie rédige le certificat suivant :

« Je soussigné certifie que la nommée N. Lucienne, femme L., est atteinte de psychose interprétative avec idées de jalousie, de persécution et d'influence évoluant depuis plusieurs années : on la nargue, on se moque d'elle, on fait des allusions concernant la conduite de son mari, on la suggestionne, on a tenté de l'empoisonner plusieurs fois, a porté plainte et demandé le divorce. Nombreuses illusions des sens. Placement justifié. »

Au bout de quelques jours, contrairement à toutes les prévisions, une grande amélioration s'étant produite dans l'état mental de la malade, l'interrogatoire de cette dernière, complété par une enquête faite auprès du mari par le médecin-chef de service permettent de recueillir sur les antécédents héréditaires de Mme L., sur son caractère, son genre de vie et ses habitudes, les renseignements ci-après :

Père, 71 ans, chef fondeur, appartenant à une famille de 11 enfants, est d'un caractère violent et emporté.

Grand-père maternel mort paralysé, suite d'attaque ?

Grand'mère maternelle : R.A.S.

La mère, décédée à 57 ans, dans un accident de chemin de fer, était une personne malingre, déprimée, souvent fatiguée ; femme d'intérieur, ne sortant presque pas, elle aimait le café. Une sœur de la malade, retraitée des Postes, présente un Basedow.

La malade, âgée de 37 ans, s'est mariée en 1926. Au début de sa vie de ménage, elle travaillait avec son mari, mais à partir de 1927, date de la naissance de son enfant, elle reste à la maison, ne fréquente pas beaucoup ses voisins, ne s'intéresse pas aux spectacles. Son unique distraction est de faire, le dimanche, de grandes promenades aux environs avec son mari. En semaine, se trouvant toute seule la plus grande partie de la journée, elle « rumine » tout en travaillant. Sérieuse, d'humeur plutôt triste, elle voit surtout les difficultés, le côté pénible de chaque chose. Quoique n'ayant aucune raison d'avoir des soucis d'argent puisque son mari en gagne suffisamment, ces derniers temps cependant elle s'est inquiétée en voyant la hausse du coût de la vie. Si elle n'accusait pas pour elle-même d'idées hypochondriques à proprement parler, elle se préoccupait beaucoup de l'avenir et de la santé de son fils, de celle de son mari et de sa fidélité. Parfois même elle présentait des moments de découragement.

Cette malade vivant constamment seule, repliée sur elle-même, et, pour employer sa propre expression, « ruminant » toute la journée ses préoccupations, était plus apte qu'une autre à faire de l'interprétation délirante à la moindre cause occasionnelle. C'est ainsi qu'en 1934 commencèrent à s'établir chez elle des troubles délirants interprétatifs avec prédominance d'idées de jalousie et de persécution, troubles dont nous allons maintenant préciser l'étiologie.

Comme sa mère, Mme L. aime beaucoup le café. Elle en prenait dès sa jeunesse, mais c'est surtout depuis qu'elle a dû rester chez elle pour s'occuper de son enfant et de son ménage qu'elle en absorbe à l'excès. Elle boit régulièrement, à cette époque, trois bols de café par jour : un bol le matin au petit déjeuner, un à 10 heures et un à 16 heures. Souvent même elle prend un quatrième bol le soir. Ajoutons qu'elle emploie du café de bonne qualité et le fait très fort. Son mari lui fait des observations à ce sujet, mais elle n'en tient pas compte et augmente plutôt sa consommation, sauf pendant une période de six mois en 1932, alors qu'elle travaille en atelier.

Depuis plus de deux ans elle a repris l'habitude de boire chaque jour un litre de café très fort, quand, au début de 1935, apparaissent sous une forme caractérisée des idées délirantes de jalousie et de persécution d'ordre interprétatif. Un dimanche, se trouvant au Palais de la bière, à Nancy, elle s'emporte et gifle son mari, prétendant qu'il fait des signes à une autre femme présente dans la salle. Elle continue à invectiver dans la rue. Quinze jours après, une nouvelle scène, mais moins violente se produit au même café.

Rue Molitor, où elle habite, elle s'aperçoit que sa voisine de palier

fait des sourires et des signes à son mari, avances auxquelles celui-ci se fait un plaisir de répondre. Quand le matin elle fait ses courses, on la montre du doigt, tout le monde fait des sous-entendus sur son compte et celui de son mari. Si elle n'a encore que des doutes sur l'inconduite de son mari, un fait va bientôt l'ancrer définitivement dans sa méfiance et étayer ses suppositions. Un soir qu'elle est allée attendre son mari à la sortie du travail, habitude qu'elle a prise dans un but de surveillance, elle rencontre une de ses amies qui promène son enfant. Comme Mme L. s'exclame sur la beauté de l'enfant : « C'est que le père est beau aussi », aurait répondu l'amie en même temps qu'elle regardait nettement avec le sourire le mari de notre malade. Celle-ci est, dès ce moment, convaincue que son mari est le père de l'enfant. Puis ses soupçons se portent sur d'autres femmes du voisinage, même assez âgées, de 50 à 60 ans.

En mai 1935, elle décide de déménager, de quitter Nancy pour s'installer à la campagne, à Malzéville. De cette façon, elle espère que son mari aura moins de facilité pour la tromper. De plus, la campagne fera du bien à son fils, elle escompte enfin tirer quelques revenus d'un jardin potager qu'elle aura la possibilité de cultiver. Dans ce nouveau logement, tout va d'abord à merveille. Nous assistons à cette rétrocession passagère classique du délire d'interprétation avec le changement de milieu, mais son régime ne s'étant pas modifié, des idées de jalousie l'assaillent à nouveau. Elle accuse son mari d'avoir pour maîtresses les dactylos employées dans le même bureau. D'autre part, elle a peur qu'on prenne son enfant et qu'on lui fasse du mal (septembre 1936).

Le ménage quitte alors Malzéville tellement brusquement que, n'ayant pas encore arrêté de nouveau logement, un beau-frère doit pour quelque temps leur donner l'hospitalité. Notre malade devient jalouse de sa belle-sœur, la quitte après une scène et prend un logement rue de Strasbourg (octobre 1936).

Sur l'insistance du mari qui la fait surveiller par l'enfant, Mme L. réduit sa consommation de café à un demi-litre par jour. Néanmoins, dans les mois qui suivent, à côté de ce délire systématisé de jalousie se manifestent, à propos des faits de la vie quotidienne, des interprétations délirantes dans le sens de la persécution. Un soir, par exemple, que son fils présente des troubles digestifs à la suite d'ingestion de lait, elle en conclut aussitôt que le lait est empoisonné. Eprouvant elle-même certaines malaises, elle accuse d'empoisonnement sa propriétaire et prétend que son mari a des relations avec cette femme âgée de plus de 50 ans. Fin janvier 1937, elle écrit au procureur pour demander le divorce en disant que les maîtresses de son mari veulent l'empoisonner. C'est à la suite de cette démarche que le placement à l'asile est décidé.

Au point de vue somatique, Mme L. n'a jamais présenté de troubles digestifs marqués : elle n'a jamais eu de diarrhée, ni de gastralgie. Cependant, sans présenter à proprement parler de l'anorexie, elle ne

mangeait pas beaucoup. A l'entrée, on notait bien chez elle un tremblement assez accusé des extrémités, mais nous l'avions attribué à un Basedow fruste. Notre malade, présentant en effet une hypertrophie en masse du corps thyroïde et une tachycardie légère à 88 pulsations. L'amélioration de l'état mental, constatée 8 jours après l'entrée de la malade s'est accentuée rapidement. Dès le 16 février, Mme L. reconnaissait la fausseté et le non-fondement de ses idées délirantes de jalousie, elle affirmait ne garder aucune arrière-pensée contre son mari. Le 24, sa sortie était proposée à M. le Préfet et le 28 elle quittait l'asile entièrement guérie.

Son mari, que nous avons revu le 8 avril, nous a signalé le maintien de cette guérison. Mme L. a complètement cessé de prendre du café, elle s'occupe régulièrement, cause avec la propriétaire qu'elle soupçonnait de vouloir l'empoisonner, ne vient plus attendre son mari à la sortie du travail et, par ailleurs, ne manifeste plus d'idées de jalousie.

Si nous étudions la genèse de son délire, nous voyons qu'il existait en germe dans la constitution paranoïaque de la malade, constitution qui se manifestait chez elle, tant par ses lacunes intellectuelles : déviation de l'esprit critique, tendances à transformer et à grossir des faits insignifiants, que par ses anomalies affectives : susceptibilité ombrageuse et orgueil avoués d'ailleurs par notre malade quand elle nous disait, par exemple, qu'elle entendait être la maîtresse chez elle et que son fils n'obéissait vraiment qu'à elle. Cette constitution, nous semble-t-il, prenait ses racines dans une certaine prédisposition héréditaire du côté maternel : sa mère était une psychasthénique et déjà aimait le café. Une tante présentait le même basedow que notre malade. Le grand-père maternel était mort paralysé. Cette prédisposition héréditaire avait sa signature physique chez Mme L., qui, en plus de son goître, présentait quelques stigmates dégénératifs, comme du prognathisme inférieur et de l'hypertrichose mentonnière. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'elle ait eu aussi, du côté psychique, un retentissement dégénératif se manifestant par une constitution paranoïaque et une tendance à la toxicomanie.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant à relever dans cette observation, ce sont les caractères cliniques du délire et son évolution. Ce délire s'est présenté comme un délire systématisé d'interprétation du type Sérieux et Capgras, évoluant sans hallucination depuis des années (plus de 3 ans), et à base d'idées de jalousie, Mme L. se doute qu'elle est trompée, mais un fait fortuit la confirme dans cette idée. Le délire est alors à sa période d'état, il continue à s'enrichir de nouvelles interprétations qui finissent par revêtir un caractère absurde.

Remarquons que l'évolution de ce délire est superposable point par point à celle d'un délire de jalousie alcoolique. On n'avait encore signalé que l'analogie symptomatique de l'éthylisme et du caféisme subaigus. Or, il semble résulter de cette observation que, parfois, les accidents du caféisme chronique présentent, eux aussi, une parfaite

analogie de leurs symptômes avec ceux de l'alcoolisme chronique dans une de ses manifestations particulières, à savoir le délire de jalousie. Nous tenons cependant à attirer l'attention sur ce fait que, tandis que le délire de jalousie alcoolique survient à une période de chronicité telle que, même désintoxiqué, le sujet garde toujours, ou tout au moins très longtemps vivaces ses sentiments de jalousie, avec le caféisme chronique, l'abstinence fait disparaître très rapidement les idées de jalousie.

Cette suppression de l'apport toxique, en effet, amena en quinze jours la guérison du délire, confirmant ainsi les assertions formulées par Bomby dans sa thèse et par Heuyer dans le *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, suivant lesquelles la sédation des troubles engendrés par l'abus du café suit de très près la suppression de cette boisson. Nous sommes heureux de pouvoir, chez notre malade, mettre en évidence cette guérison rapide, car le délire d'interprétation classique passe pour être incurable. On a bien déjà signalé, et depuis longtemps, l'existence de bouffées interprétatives. Mais, ici, la durée des troubles délirants (3 ans) et leur systématisation étroite et progressive écartent, nous semble-t-il, toute notion de bouffée.

Disons en terminant que deux faits caractérisent le caféisme cérébral.

D'une part, les accidents psychopathiques exigent, pour se produire, un terrain fortement prédisposé. Mais contrairement à ce qui se passe avec l'alcool qui, chez le dégénéré, fait éclore rapidement hallucinations et délire dont la précocité dans ce cas le protège contre des abus considérables et dont la ténacité particulière, en le faisant séjourner longtemps à l'Asile, où chaque fois il se débarrasse plus complètement du toxique, le met longtemps à l'abri de l'alcoolisme chronique ; inversement, avec le café, il faut un usage prolongé de cette boisson pour déterminer des troubles mentaux, qui disparaissent aussitôt après la suppression du toxique, quelle qu'ait été leur durée antérieure.

Cette curabilité rapide par le sevrage est le second trait caractéristique du caféisme. En effet, contrairement à la plupart des autres poisons, le café semble ne déterminer que des modifications dynamiques et transitoires des éléments cellulaires, en particulier des éléments nerveux. Le sevrage caféique constitue donc l'indication fondamentale du traitement. Presque toujours, il suffira à lui seul pour amener rapidement la guérison sans que l'on ait à redouter les accidents produits par la suppression brusque d'un agent toxique.

HALLUCINATION ET CHAMP VISUEL

De la texture, de la forme, de la multiplicité, des mouvements que présentent les hallucinations visuelles du delirium tremens

PAR

FERDINAND MOREL (1)

Cette étude fait suite à une série de notes publiées il y a quelques années déjà sur cette question des hallucinations du Delirium tremens. Nous n'avons cessé dès lors de poursuivre nos recherches, en nous efforçant de perfectionner des moyens d'investigation, encore bien rudimentaires, et en vérifiant nos résultats sur un nombre toujours plus grand de malades.

Nous faisons état dans cette étude d'une série de 75 cas de Delirium tremens observés personnellement. Tous étaient absolument typiques, et présentés par des hommes uniquement. Quatre de nos malades ont récidivé, et ont pu être observés au cours de deux crises. La constance de leurs symptômes s'est vérifiée de façon remarquable.

I

Des conditions d'apparition des hallucinations visuelles du delirium tremens

Après une période de quelques jours ou même de quelques semaines au cours de laquelle se manifestent des prodromes visuels — les lettres se brouillent ou deviennent floues au bout d'un instant de lecture, la cible « vacille », « vibre » sur laquelle vise un tireur, les objets fins disparaissent brusquement

(1) Travail de la Clinique psychiatrique, Bel-Air, Genève. Professeur Charles Ladame.

à la vue, — les hallucinations apparaissent tout d'un coup. C'est le début de la crise proprement dite.

Spontanément, elles apparaissent dans la vision binoculaire. Par un artifice, afin d'arriver à du plus élémentaire, je me suis chaque fois appliqué à les laisser apparaître dans la vision monoculaire, gauche et droite. A ce point de vue il est une loi qui m'a paru ne souffrir aucune exception : S'il existe actuellement des hallucinations visuelles spontanées, c'est-à-dire binoculaires, à plus forte raison retrouve-t-on la même perturbation fondamentale dans la vision monoculaire, tant d'un côté que de l'autre.

Elles apparaissent, un œil ou les deux yeux étant ouverts, au bout d'une très brève fixation de 2 à 10 secondes sur un point suffisamment éclairé. A propos du degré d'éclairement du fond, signalons que les indications fournies rétrospectivement par le malade lui-même n'ont que très peu de valeur, étant donné que pendant toute sa crise il ne sait pas de façon certaine si c'est le jour ou la nuit, et qu'il se croit en général « entre chien et loup », dans une sorte de « grisaille », qui n'a pas d'heure.

Quant à la durée de la perturbation passagère qu'est l'hallucination visuelle, elle dépend d'un certain nombre de facteurs : somnolence pas trop accusée, maintien des yeux ouverts, stabilité suffisante des globes oculaires.

La somnolence au cours de la crise supprime l'hallucination caractérisée, et favorise au contraire l'onirisme visuel. Or, ces deux ordres de phénomènes constitutifs du Delirium n'ont pas toujours été distingués avec une netteté suffisante. Alors que l'onirisme visuel a tous les caractères d'un cauchemar, et n'a guère que ceux-ci, les hallucinations présentent une perturbation passagère mais très caractéristique de la fonction visuelle actuelle. Toute confusion entre ces deux ordres de phénomènes, de nature complètement différente, qui même s'excluent l'un l'autre, ne fait que retarder la marche de nos connaissances en matière d'hallucinations visuelles.

II

De la nature de la perturbation visuelle conditionnant l'hallucination

La forme habituelle de la perturbation consiste en un assombrissement, en un obscurcissement de la partie centrale du

champ visuel dans des limites correspondant à une ouverture d'angle, que l'on peut évaluer à 10 à 15 degrés (1).

Cet assombrissement peut consister en l'apparition, après un temps de latence de quelques secondes, d'une tache grise ou noire, plus ou moins compacte, au point de fixation. A ce moment le centre du champ visuel, occupé par cette tache sombre ovalaire, disparaît partiellement, se voile partiellement, devient le lieu d'une dysesthésie, mais non d'une anesthésie complète. En effet, aucun des 75 malades examinés au stéréoscope de Haitz n'a présenté pendant la crise de scotome négatif absolu. D'autre part, l'acuité visuelle recherchée également pendant la crise se montrait en général égale à I. Malgré l'absence d'anesthésie durable et décelable à l'intérieur du champ maculaire, dans lequel aucun trou n'apparaissait, la perturbation de la fonction visuelle à l'intérieur des limites de ce champ ne laissait pas de se manifester de différentes façons.

A la place du simple obscurcissement passager, relativement stable et immobile dans les limites du champ maculaire, il n'est pas rare, surtout si l'œil fixe d'assez près une surface suffisamment claire et unie, que la perturbation soit plus subtile, plus fine, plus structurée, sous la forme d'une poussière, d'un quadrillé, d'un carrelage en échiquier, chaque case ayant un côté de même longueur, variant avec la distance à laquelle il est vu, de bandes, de traits en fouillis, de points animés comme d'un mouvement de grouillement.

Ces différents troubles passagers, susceptibles de se modifier ou de se transformer, mais toujours selon ces quelques modalités, rendent compte de particularités accompagnant extraordinairement souvent les hallucinations du Delirium tremens. Le grouillement interne est spécialement fréquent. Dans la zone de perturbation il y a comme de petits déplacements, sorte de mouvement brownien de petites particules sombres. Et il n'est pas rare que la place occupée par cette particule, ou que le chemin qu'elle parcourt, laisse une trace claire ou lumineuse. De là provient cette impression visuelle si fréquente au cours du Delirium tremens, bien que fort passagère dans la règle, de pluie de poussières, ou de gouttes tantôt noires, tantôt blanches, de suie ou de neige, et enfin de miroitement, en nappe ou en filet, lequel doit être à l'origine de l'aspect humide, hygrique, qui est d'une observation si fréquente au cours de la crise. Voici du

(1) F. MOREL : Les hallucinations monoculaires du Delirium Tremens. *L'Encéphale*, t. XXVII, n° 5, mai 1932. — Les scotomes positifs et les hallucinations visuelles du Delirium Tremens. *Revue d'Oto-Neuro-Ophthalmologie*, t. XI, n° 2, février 1933.

reste quelques exemples de cette sorte de perturbation : A plusieurs reprises au cours de sa crise un malade voit tomber de la neige qui lui paraît de la suie lorsque son regard s'abaisse. Un autre, alors qu'il fixait des deux yeux, chez lui, une porte vitrée, à 5 ou 6 mètres de distance, voyait « du charbon qui coulait » ; « ça roulait tout le temps, mais ne remplissait pas ». A d'autres moments, le même malade voyait couler de l'eau le long des murs (éclairés), comme un « filet d'eau qui traversait et sortait du mur », là où il regardait, si bien qu'il se levait, et allait mettre ses habits au sec. Lorsqu'il regardait du côté de sa pendule, il voyait tomber les ressorts de celle-ci, et il allait les ramasser. J'eus l'occasion d'examiner ce malade (Obs. 53) le lendemain ; après une très brève fixation de l'œil gauche seul sur papier blanc à 40 centimètres, il remarque spontanément : « Ça remue autour du point, tout près du point ; il y a comme de petits globules sans couleurs ». Un autre malade (Obs. 67), en pleine crise, après une brève fixation monoculaire, soit gauche, soit droite, sur papier blanc à 30 centimètres, voit de « petits grains. Ça grouille comme un apéritif au siphon, mais les grains ou les bulles sont ici plus petits que d'habitude ». Enfin le miroitement, avec brusque passage du brillant au sombre, donne cet aspect relativement fréquent du poisson dans l'eau, et qui tout à coup peut devenir foncé « comme quand on le sort de l'eau ».

Il n'est question pour l'instant que des perturbations visuelles en gris, noir et blanc, qui sont les plus fréquentes de beaucoup. Les phénomènes colorés seront traités plus tard.

Il n'est également pour l'instant question que des mouvements à l'intérieur du scotome positif central. Nous examinerons bientôt les déplacements *en bloc* de ces scotomes, et nous verrons leur importance pour les hallucinations visuelles. Quant au mouvement interne, extrêmement fin, et d'une recherche extrêmement difficile, nous n'en connaissons pas grand'chose encore, et pourtant c'est à cette échelle, qui est celle des éléments rétiens, que son étude devra être entreprise.

En effet la perturbation de la vue dans cette partie de la rétine particulièrement sensible à l'atteinte du toxique dans la crise de Delirium tremens, et qui correspond à la région maculaire et péri-maculaire, est d'une nature telle que la fonction ne s'y trouve pas complètement supprimée, comme dans d'autres formes d'éthylisme chronique (1). Mais bien que conservée, cette

(1) Par exemple dans cette espèce de névrite rétrobulbaire d'une durée beaucoup plus longue, et où le scotome positif se trouve associé à un scotome négatif de même contour. L. WEEKERS : *Archives d'Ophthalmologie*, t. XLIX, n° 8, août 1932.

vision maculaire subit dans certaines conditions de fixation assez prolongée, et probablement de fatigue, des irrégularités de fonctionnement apparaissant et disparaissant brusquement. Il s'agit d'un phénomène passager et intermittent, en dehors duquel l'acuité visuelle peut être trouvée relativement indemne ; la vision centrale tant du blanc que des couleurs est conservée. Mais brusquement cette vision se perturbe, surtout à la suite d'un effort un peu soutenu de fixation, et cet état peut se prolonger plusieurs secondes. Le déplacement brusque du regard, latéralement ou en profondeur, ainsi que le clignement, rétablissent provisoirement la vision dans son état antérieur.

Au moment de la perturbation, le malade n'a pas la sensation d'un trou au milieu de son champ visuel, pas plus dans la vision binoculaire, que dans la monoculaire. Les objets qui s'y trouvent continuent à être vus. Ils continuent à exciter la rétine et à immobiliser le globe, ou au contraire à le mobiliser s'ils se déplacent. Ils servent en général de point de repère au malade pour situer le trouble qu'ils voient se produire.

Au moment du trouble, le malade a la sensation de voir quelque chose en plus. Ce quelque chose peut être compact, même très compact. Dans ce cas, la sensation est celle d'une tache noire opaque. Mais il est plus fréquent de rencontrer un trouble moins massif, moins total, probablement parce que les éléments de l'organe sensoriel sont frappés de façon plus discrète. Dans ce cas, le trouble est plus menu, plus ténu, et le malade a la sensation d'une poussière, d'un nuage, d'une ombre.

Cette ombre ou ce nuage est sujet à modifications ou à déformations internes, les éléments qui le constituent étant animés de mouvements. Les contours extérieurs, par contre, c'est-à-dire les bords du nuage se montrent relativement nets. D'autre part ils sont assez stables, peu déformables et d'une forme générale régulière.

Cette perturbation très caractéristique, et qui n'a *jamais* manqué à un moment donné au cours des 75 crises de Delirium tremens avec hallucinations visuelles que nous avons observées, peut sur certains points être comparée avec deux phénomènes différents : l'image consécutive d'une part, le contraste d'autre part.

En ce qui concerne l'*image consécutive*, qui est également un phénomène passager, à la suite d'une fixation, il y a une différence essentielle ; alors que l'image consécutive reproduit exactement, bien qu'en teinte complémentaire, les contours de l'excitant initial, qu'elle est donc entièrement conditionnée par cet

excitant, nous ne voyons jamais le scotome positif du *Delirium tremens* conditionné par un excitant visuel quelconque. Il a sa forme et sa teinte propres, qui sont complètement indépendantes de tous les excitants antérieurs.

Quant au phénomène de *contraste*, l'analogie est plus complète, et elle s'impose, puisque ce n'est qu'au cours de l'exposition suffisamment longue d'une surface suffisamment éclairée et visible, que le scotome apparaît. Et le contraste se fait, le phénomène de miroitement mis à part, en foncé sur fond clair.

C'est donc à un phénomène de contraste un peu spécial qu'on pourrait comparer les scotomes positifs ; spécial en ce sens que le contraste ne se fait que du blanc au noir, et non d'une couleur en sa couleur complémentaire. Lorsque le scotome est faiblement coloré, c'est indépendamment de la couleur du fond, et en somme surtout sur fond blanc. Contraste spécial encore, du fait de la position très définie, circonscrite et en quelque sorte préformée du scotome positif.

Malgré ces différences, il semble bien que c'est précisément dans le sens des phénomènes de contraste simultanés que les recherches devront s'orienter, pour pénétrer plus avant dans l'étude des hallucinations visuelles du *Delirium tremens*.

III

De la provocation des hallucinations, des scotomes positifs et de phénomènes analogues

L'hallucination visuelle proprement dite ne se « provoque » pas artificiellement. Pour qu'elle se produise, un certain nombre de conditions doivent être réunies, dont les plus connues sont : longue imprégnation alcoolique, troubles gastriques et hépatiques particuliers, atteinte cérébrale généralisée, apparition de troubles visuels spéciaux, fixation binoculaire dans des conditions d'éclairage favorables. Il résulte de tout ce concours de facteurs l'hallucination visuelle dite spontanée du *Delirium tremens*, avec ses caractères extraordinairement nets et constants. Pareil concours de circonstances ne se crée pas à volonté. Il faut être là au moment où il se produit, et se borner à recueillir du malade le récit et la description exacte et minutieuse des moindres détails dont sa mémoire a gardé le souvenir. Et l'on est bientôt frappé de voir ces récits se rencontrer en des points nodaux surprenants : ce sont les constantes de ce type d'hallucinations visuelles.

Ce que l'on peut, par contre, provoquer à volonté au cours de la crise du *Delirium tremens*, c'est le scotome positif, lequel au point de vue strictement visuel semble reproduire tous les caractères essentiels de l'hallucination elle-même. Ces deux ordres de phénomènes peuvent ne différer en rien, ou alors que sur des points qui sont avant tout extra-visuels. Mais la forme, la dimension et la situation dans le champ visuel de la perturbation, qui est à la base du scotome positif et de l'hallucination, sont les mêmes.

Jusqu'ici la provocation n'a consisté qu'à favoriser l'apparition toute spontanée d'un trouble, dont les caractères étaient rigoureusement fixés par le concours de circonstances que nous avons énumérées. Une véritable provocation eût consisté dans la création arbitraire de toute pièce, par des moyens entièrement différents, d'un phénomène visuel aussi voisin que possible du scotome et de l'hallucination, et qui serve à la fois de comparaison et de vérification en quelque sorte expérimentale.

Pour me rapprocher de ces conditions, j'ai utilisé le phénomène de l'image consécutive, mais en provoquant une image consécutive aussi semblable que possible du scotome positif. J'ai donc construit en négatif, c'est-à-dire en blanc sur fond noir, un scotome tel qu'il apparaît sur un plan à 30 centimètres de l'œil. J'en faisais fixer le centre, soit d'un œil, soit des deux yeux, pendant une cinquantaine de secondes, et je faisais voir au malade l'image consécutive sur des plans à différentes distances. Cette recherche avait lieu le plus tôt possible après la fin de la crise, c'est-à-dire dès la cessation des hallucinations et des scotomes unioculaires, lesquels sont un peu plus tenaces.

Dès qu'il apercevait l'image, le malade la comparait à telle ou telle de ses hallucinations, selon la distance à laquelle il la projetait. Souvent même cette image faisait immédiatement revenir à sa mémoire le souvenir d'une hallucination qu'il croyait avoir oubliée. Malgré de petites différences de teinte ou de dimensions, la comparaison avec ses hallucinations s'imposait toujours immédiatement et spontanément à l'esprit du malade.

Voici du reste quelques exemples des termes dans lesquels se faisait la comparaison :

Un homme (Obs. 51), au cours de sa crise, avait vu, entre autres, des chats sur son plancher. Il en avait gardé un souvenir très précis. La crise terminée, je provoque avec mon modèle une image consécutive, que je lui fais projeter sur le plancher à trois mètres. Spontanément, il remarque : « C'est un peu trop

grand pour être les chats, mais cela a la même forme, le même aspect ; c'est tout à fait comme les chats une simple ombre, et pourtant moins vivant. »

Un autre malade (Obs. 57) avait vu à 4 mètres de lui une loutre de 30 cm. environ. Cinq jours plus tard, la crise étant terminée, en considérant l'image consécutive provoquée, et projetée à 8 mètres de distance, remarque que ça diffère de sa loutre, parce que c'est plus grand, et que c'est plus sombre, moins jaune. En effet, au moment de son hallucination, il nous avait indiqué que le dos de la loutre était « gris-brun », et l'image consécutive ne renfermait que du gris.

Un troisième malade (Obs. 61) retrouve exactement dans l'image consécutive provoquée la forme générale d'une espèce de paysage, qu'il nous avait décrit antérieurement, mais qui était « un peu plus grand et un peu plus rond ».

Enfin un malade (Obs. 62) voyait, de jour, en fixant pendant sa crise l'ampoule (éteinte), vissée au plafond, « une petite aile de chaque côté de 20 cm. chacune. Tout ensemble faisait comme un petit bonhomme ». Il se déplaçait parfois au plafond « en suivant la colonne » (du fil électrique). Je lui provoque à l'œil droit une image consécutive. Il la voit au plafond, à 4 mètres, m'en indique les dimensions. « C'est tout à fait comme le petit bonhomme, même taille, même couleur. » L'un et l'autre font les mêmes déplacements avec son œil. Le lendemain, je refais, à l'œil gauche cette fois, la même recherche. Il fixe mon modèle à 35 cm. de distance pendant 50 secondes, et en projette ensuite l'image sur l'ampoule du plafond, dans laquelle il retrouve immédiatement son petit bonhomme, lequel se met également à suivre le tube d'arrivée d'électricité au plafond.

*
**

Ce que j'ai provoqué chez ces différents malades est tout autre chose qu'une hallucination, mais une simple image consécutive qui, par sa forme et son aspect, était de nature à se rapprocher le plus de l'apparence précisément de l'hallucination du *Delirium tremens*.

Je n'ai utilisé ce procédé expérimental que comme terme de comparaison, comme simple vérification de l'exactitude de l'idée que l'on doit se faire de l'apparence globale de ce type d'hallucinations.

Et la confrontation ainsi conduite a eu pour résultat de ne contredire sur aucun point les données de l'observation clinique.

Au contraire, elle semble indiquer que la voie sur laquelle nous nous sommes engagés doit être suivie.

On peut se demander si le terme de *scotome positif*, pour désigner la perturbation visuelle caractéristique conditionnant l'hallucination du *Delirium tremens*, est bien le plus approprié.

L'usage semble avoir réservé ce terme de *scotome positif* pour une lacune du champ visuel se projetant en noir sur les objets fixés. Or, ici, la *lacune* est rarement complète ; elle laisse en général apparaître partiellement le centre du champ visuel. En outre, elle est toujours très passagère, fugace. Enfin, la tache n'est pas forcément d'un noir opaque ; nous l'avons vue au contraire finement structurée d'éléments noirs, gris, mais aussi, plus rarement, légèrement colorés, en jaunâtre spécialement. Ces réserves faites, il semble que pour désigner cette perturbation passagère, le meilleur nom est bien celui de *scotome positif ovalaire central*.

IV

Des hallucinations et des scotomes positifs

dans la vision unioculaire et dans la vision binoculaire

Chez tout individu dont l'appareil visuel d'un côté est rigoureusement semblable à celui de l'autre côté, on note que les scotomes affectant un côté sont également semblables à ceux de l'autre côté en ce qui concerne la date d'apparition et de disparition, le temps de latence nécessaire, leur intensité, leur composition chromatique, leur dimension.

Dans la fixation binoculaire, on ne voit pas ces deux scotomes gauche et droit s'additionner simplement. La fixation binoculaire a plutôt la tendance à diminuer la facilité d'apparition du scotome. Mais lorsqu'il apparaît dans la vision binoculaire — ce qui est le cas de toutes les hallucinations spontanées du *Delirium tremens* — il conserve exactement les caractères des scotomes unioculaires, avec cette seule différence qu'il s'intègre d'une façon plus naturelle dans le champ visuel, et que d'autre part l'illusion stéréoscopique lui enlève un peu de son caractère plat, élémentaire et artificiel à l'état unioculaire.

Lorsque l'identité des deux appareils visuels n'est pas rigoureuse, plusieurs cas sont à considérer :

I. Les scotomes unioculaires sont différents, alors que la vision binoculaire n'est pas troublée par ailleurs.

II. Les scotomes unioculaires sont identiques, mais la vision binoculaire est troublée.

Dans le premier groupe, nous rencontrons par exemple le cas d'un homme (Obs. 64) dont les scotomes unioculaires sont relativement symétriques, mais non superposables, en ce sens que l'un est le renversement en miroir de l'autre : de l'œil gauche seul, à 4 mètres de distance, il aperçoit une brouette de 60 cm. de long avec la roue à gauche. De l'œil droit seul il aperçoit au même endroit une brouette de mêmes dimensions et à peu près de même teinte, mais avec la roue à droite. Des deux yeux il revoit sa brouette, mais avec la roue à droite, autrement dit celle de l'œil droit.

Un autre cas est celui de ce malade (Obs. 31) présentant à l'œil gauche $V = 1$ et à l'œil droit un fort astigmatisme avec $V = 1/9$ et une fonction d'accommodation très diminuée. Or, les scotomes unioculaires sont notablement différents entre la gauche et la droite, si bien que dans la vision binoculaire ils peuvent être très nettement distingués, et que l'on note la prévalence du scotome droit, c'est-à-dire de l'œil à fonction diminuée.

Encore dans ce premier groupe rentre le cas de cet homme (Obs. 50), dont la pupille droite est plus large que la gauche, et dont le scotome droit est notablement plus compact que le gauche. Or, dans l'hallucination, c'est l'œil droit, c'est-à-dire le plus atteint, qui semble être directeur, alors que dans la vision normale, en dehors de l'état hallucinatoire, c'est l'œil gauche.

Quant au deuxième groupe, il renferme par exemple ces malades, dont les scotomes unioculaires sont relativement symétriques, mais qui par ailleurs présentent un strabisme. La vision binoculaire peut faire apparaître un redoublement du scotome. Mais, étant donné l'extrême fréquence de la multiplicité de l'image hallucinatoire, il n'est nullement nécessaire de faire intervenir ici le défaut de fusion pour expliquer cette duplicité, dont il sera question plus loin.

Il semble résulter de ces différents faits, que dans le phénomène hallucinatoire que nous étudions, un seul des deux yeux peut garder un rôle prépondérant, et que cette prépondérance d'un œil est peut-être même la règle. Un seul œil suffit parfaitement à l'apparition d'une hallucination. Ainsi un borgne de vieille date qui faisait une crise de *Delirium tremens* avait ses hallucinations absolument complètes. La vision binoculaire semblerait même plutôt inhibitrice de la perturbation, qui est à l'origine de l'hallucination.

V

Des rapports entre les hallucinations et l'horoptère des malades

Il est de toute importance d'analyser avec le maximum de précision les rapports réciproques des phénomènes visuels entre eux, normaux et pathologiques, ne serait-ce que pour distinguer avec la netteté qu'il convient l'hallucination visuelle de l'onirisme, et éviter les erreurs qu'une confusion entre eux ne tarderait pas de faire naître.

Les hallucinations que nous étudions ont toujours des rapports spatiaux avec les objets du champ visuel, autrement dit l'hallucination absolument seule, sans aucune autre sensation visuelle simultanée, ne se rencontre pas. Du reste, les scotomes positifs du *Delirium tremens* disparaissent lorsque les yeux se ferment.

On ne connaît pas, que je sache, d'observation d'hallucinations typiques de *Delirium tremens* chez un aveugle.

Les rapports les plus relâchés entre les scotomes et le champ visuel, je les ai observés au cours d'une crise que présentait un journaliste (Obs. 49), atteint de haute myopie (-10 D) et, naturellement, privé de ses verres. Il avait une zoopsie très particulière, qui rappelait le Mickey Mouse des dessins animés, et il se souvenait de la difficulté extraordinaire qu'il éprouvait pour le projeter contre le mur, avec lequel il était sans rapport. Les scotomes provoqués, de l'œil gauche comme de l'œil droit, étaient formés d'un amas de petits traits et de fils, plutôt jaunes, et lorsqu'on cherchait à lui faire préciser l'étendue et la distance par rapport à un plan éloigné, « ils sont sans rapports avec les points cardinaux », disait-il spontanément. Aussi ses hallucinations lui donnaient l'impression d'un « amalgame » sombre, noir, qui s'enroule sur lui-même ; « ça flotte, ça roule dans l'atmosphère, ça n'a point de repère dans l'espace réel. Ça se rapproche et s'éloigne. Ça devient petit en se rapprochant. »

Ce flottement de l'hallucination dans un vide aussi complet est tout à fait exceptionnel. Lorsque la vision est suffisante, le scotome, comme l'hallucination, sont projetés sur un plan, soit exactement, soit légèrement en avant, ou légèrement en arrière de celui-ci. Dans ce dernier cas, le malade peut avoir l'impression de voir à travers le mur. Lorsqu'au contraire il projette légèrement en avant, il peut avoir l'impression que la surface qu'il fixe, que ce soit un mur ou la joue de son interlocuteur, se

couvre d'une « mousse », ou d'une « herbe », dont chaque brin est dirigé contre son œil.

C'est en variant la distance du plan sur lequel s'opère cette projection, que l'on voit que le scotome, exactement comme l'hallucination, est une grandeur angulaire. Leurs dimensions sont fonction de la distance : ils grandissent en s'éloignant, se rapetissent en se rapprochant. Toute la zoopsie du *Delirium tremens* obéit à cette loi simple. Les « souris » ont leur distance — un mètre — les « pigeons » deux mètres, les « chats » et les « lapins » trois mètres, etc.

Lorsque le regard quitte un plan pour un autre, les « animaux » changent ; lorsqu'il se déplace latéralement sur le même plan, ils ne changent pas.

VI

Des déplacements des hallucinations et des scotomes positifs dans le champ visuel. Phénomènes optocinétiques

Les phénomènes de déplacements, dont il va être question, se rencontrent dans les hallucinations exactement comme dans les scotomes positifs. A ce point de vue, il n'y a pas de différence entre ces deux séries, sinon que c'est par le récit rétrospectif du malade que nous connaissons les déplacements des hallucinations, alors que les scotomes unioculaires, provocables et, dans certaines limites, modifiables, offrent à l'observation des conditions beaucoup plus favorables. Or, ce que ces derniers permettent de constater, se vérifie pour les hallucinations, et réciproquement.

Un premier type de déplacements est celui qui se fait en profondeur, le long de l'axe visuel. De tels déplacements sont en général déclenchés par les excitants réels échelonnés en profondeur dans le champ visuel, et sur lesquels se porte successivement le regard. Le scotome apparaît alors avec des dimensions qui sont en fonction de la distance de sa projection. Ces variations de dimensions, qu'il s'agisse de scotome unioculaire ou d'hallucination, sont discontinues, comme du reste le passage du regard à travers ces différents plans.

Parfois, au contraire, le déplacement en profondeur n'est pas secondaire au passage du regard d'un plan à un autre plan, mais il paraît se produire sur place, avec variation continue des dimensions du scotome. Pareil mouvement a lieu dans la direction de l'œil et le malade éprouve l'une de ces impressions bizar-

res, que le scotome lui vient dessus, en se rapetissant, ou qu'une partie s'en détache et va l'atteindre sous la forme d'un jet, d'une flèche, d'une balle, d'un réseau de fils qui, s'allongent en cône, en pain de sucre tourné contre lui. Ce mouvement peut avoir une brusquerie telle, que le malade fait un geste de recul ou de protection. Le moindre clignement le supprime immédiatement.

Le deuxième type de déplacements se fait sur un même plan. Dans ce groupe également, il y a lieu de distinguer ceux qui sont déclenchés par les excitants visuels réels, et ceux qui sont entraînés par le scotome lui-même, en vertu de mécanismes entièrement différents.

Les excitants réels qui interviennent ici sont ceux le long desquels glisse le regard : le bord d'une porte, d'une fenêtre, le cordon d'une sonnette. Ils deviennent le lieu habituel d'apparition et de déplacement d'hallucinations. Le regard, mobilisé par ces excitants, voit sa course jalonnée par le même scotome apparaissant à des distances égales. Il s'agit donc de phénomènes discontinus. Mais chaque scotome isolé semble entraîné dans le sens du glissement avant de disparaître. Puis un autre apparaît identique, puis un troisième après un même temps de latence au cours d'un même déplacement du regard.

C'est par un mécanisme de cet ordre que s'expliquent à la fois la multiplicité et certains caractères extrêmement fréquents des mouvements des hallucinations au cours du *Delirium tremens*.

Toute la « zoopsie », notamment, se déplace selon des lois très strictes, et que j'ai vu se vérifier un très grand nombre de fois. En voici le schéma : Pour une distance donnée, des « animaux », tous de même taille, de même forme, de même couleur, de même espèce, au nombre de 2, 3, 4, équidistants les uns des autres, paraissent se déplacer tous dans le même sens, à la même vitesse, sans se rattraper ni se dépasser jamais. Ils avancent « comme des soldats », « comme en se tenant par la main », « comme un chemin de fer ». On ne voit pas de jambes bouger, les « oiseaux » avancent sans voler, mais ils glissent en bloc. Ils disparaissent ensemble, mais plus probablement le premier avant le dernier. Un malade (Obs. 51), qui voyait 5 ou 6 « chats » faire de tels déplacements, expliquait : « Ça ne faisait qu'une fumée, et puis c'est tout. »

Dans de tels déplacements, il est naturellement très facile d'observer le mouvement des yeux, que l'on peut suivre dans leur course.

Des mouvements du même ordre se produisent exactement de la même façon pour les scotomes unoculaires provoqués, et si la projection se fait sur un plan suffisamment éloigné, l'ampli-

tude des mouvements des globes est telle, qu'elle peut être très facilement observée. Au fond de la salle un malade (Obs. 62) disait voir apparaître des soldats, « tous penchés de la même façon les uns sur les autres », et se déplaçant de la même façon avec son œil qui, effectivement, se déplaçait. Un autre malade (Obs. 58) présentait un phénomène identique, mais à une échelle extrêmement petite : après une brève fixation de l'œil gauche d'un point sur un papier blanc tenu à 40 cm., il voit apparaître des traits, très fins, qui se dessinent à mesure les uns après les autres, comme des 66666... en série, laquelle va en s'écartant à plusieurs centimètres sur la droite du point de fixation.

En plus du pouvoir optocinétique propre à certains objets privilégiés du champ visuel, il y a lieu d'envisager le déplacement soi-disant volontaire du regard, et par ce fait de l'hallucination elle-même. Mais il est bien exceptionnel qu'un malade en pleine phase hallucinatoire s'occupe spontanément à déplacer ses hallucinations pour les déplacer. Par contre, on peut obtenir de semblables déplacements en donnant l'ordre au malade de tourner son regard à gauche, à droite, en haut, en bas. Ainsi, un malade (Obs. 59) voyait, des deux yeux, 4 ou 5 « petits lièvres qui glissaient tous en même temps sur la gauche et se reformaient », distants de 40 cm. les uns des autres. On lui fait alors exécuter une élévation du regard. Il constate aussitôt que « l'un des deux lièvres est au-dessus de l'autre et non à côté », mais aussi que les mouvements vers le haut lui paraissent difficiles, non spontanés. Notons, en passant, que des expériences comme celles-ci démontrent très clairement qu'il ne faut pas chercher l'explication de la multiplicité des hallucinations dans un défaut de fusion de deux images, mais dans le transport du scotome par mouvements des globes.

Enfin, il faut, à côté des excitants réels du champ visuel et de la « volonté », faire intervenir un troisième mécanisme, le plus important de tous probablement, et qui prendrait son point de départ dans le scotome lui-même, lequel posséderait un pouvoir optocinétique propre.

Les mouvements de cette espèce apparaissent à l'observation se décomposer en deux éléments : une composante lente et une rapide. La composante lente est d'origine visuelle, le mouvement vif étant celui du retour au point d'équilibre. Cette composante lente se produirait lorsque le scotome est légèrement excentrique, la macula tendant à se placer au centre du système, et le déplaçant de ce fait latéralement d'un mouvement de glissement continu. Le déplacement latéral du globe et du scotome en dehors, c'est-à-dire du côté temporal, qui m'a paru habituel, correspon-

draît à une atteinte plutôt en dedans de la macula, c'est-à-dire entre celle-ci et la papille.

Cette façon de voir n'est pas contredite par les essais de provocation d'images consécutives diversement centrées. Ainsi un malade (Obs. 62) dont les hallucinations avaient présenté de façon typique cette espèce de déplacements, voyait l'image consécutive provoquée à l'œil droit, la crise terminée, se déplacer exactement d'un même mouvement incoercible.

Qu'il s'agisse d'hallucination spontanée ou de scotome positif unioculaire, de semblables déplacements d'assez grande amplitude, à composante lente et rapide, observables par un tiers, sont la règle. Mais souvent aussi l'amplitude des mouvements devient très petite, et ne s'écarte que peu de l'état d'équilibre oculaire. Et il faut tenir compte du trouble profond du tonus musculaire durant la crise de *Delirium tremens*, où toute souplesse musculaire a disparu.

C'est dans un tel état d'anarchie musculaire, avec de petits mouvements dans tous les sens, que l'on voit s'installer le mouvement de rotation du scotome. Le début est imperceptible. Des éléments semblent se déplacer les uns par rapport aux autres à l'intérieur du scotome, puis le mouvement se transmet au scotome lui-même, qui se met à tourner sur son axe, puis à se déplacer en bloc en décrivant un cercle de plus en plus grand. Voici un exemple caractéristique : le scotome d'abord immobile, commence à tourner sur lui-même, le malade y voit un ventilateur en mouvement, puis le ventilateur se met à décrire en bloc des cercles. Il est à remarquer que pareil phénomène a lieu surtout dans la vision unioculaire, et que la vision binoculaire tend à le supprimer. Aussi n'affecte-t-il que rarement les hallucinations spontanées.

C'est sans doute de la combinaison de différents facteurs que naissent des mouvements complexes très curieux. Par exemple ce malade (Obs. 45), qui voyait apparaître sur le verre dépoli de sa fenêtre, à 4 mètres de son lit, comme deux hommes, à peu près au contact, et qui exécutaient des mouvements synchrones de balancement du corps, « comme s'ils cherchaient à voir en curieux ».

**
**

Dans cet ensemble de différents mouvements d'origines variées, il est difficile de reconnaître les effets que peut avoir le *nystagmus*.

Nous avons eu toutefois la bonne fortune d'observer un homme (Obs. 41) présentant à la fois des hallucinations absolument typi-

ques et du nystagmus spontané. Affecté d'une ancienne fracture du crâne avec atteinte du labyrinthe droit et surdité à droite, il fait un *Delirium tremens* typique, au cours duquel on pouvait noter un nystagmus spontané dans le regard latéral à gauche, mais aussi dans le regard de face, par accès. La déviation lente, d'une certaine variabilité d'amplitude, se faisait vers la droite, la composante rapide vers la gauche. Après une brève fixation de l'œil gauche seul, il présente un scotome positif classique, puis le nystagmus s'installe, et le scotome se modifie en ce sens que, spontanément, le malade dit voir « une rivière » ; elle coule vers la droite (c'est-à-dire dans le sens de la composante lente). Puis le globe s'immobilise ; au même instant il dit voir « un étang ». A un autre moment, de l'œil gauche seul, il voit à nouveau un scotome typique, qu'il projette assez loin. Un nystagmus de forte amplitude apparaît, et le malade se met aussitôt à compter synchroniquement avec chaque excursion : « 1, 2, 3, 4, 5..., gros camions », qui se suivent tous à égale distance ; ils vont vers la droite. (Il indique du doigt exactement la direction de la composante lente de son nystagmus).

*
**

Les hallucinations visuelles du *Delirium tremens* représentent le groupe le plus homogène parmi la grande variété des hallucinations visuelles.

Les caractères les plus constants que nous offrent ces hallucinations nous les font apparaître sous l'aspect d'une perturbation passagère, discontinue, de la fonction visuelle, comparable au phénomène de contraste, affectant le centre du champ visuel, occupant à peu près l'aire maculaire, symétrique, obéissant aux lois de l'optique, offrant à l'œil un point de fixation, mais qui se trouve manquer de stabilité, de nature à entraîner les globes oculaires, puis à déclencher des réactions plus complexes et plus lointaines : formulation d'un nom applicable à cette forme apparente, modification du comportement, croyance à des degrés extrêmement variables, et du reste indosables, en une présence réelle.

Les caractères les plus constants qu'offrent à notre observation les hallucinations de ce groupe sont nettement périphériques. Ils indiquent pour le moins le rôle important, sinon prépondérant, de la périphérie dans la genèse de l'hallucination, primitivement sans aucun rapport avec l'idéation particulière du malade.

SUR LES GOMMES DU CERVEAU AU COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE TRAITÉE PAR LA MALARIA

PAR

JULIAN DRETLE (1)

Les gommes du cerveau n'ont jamais été fréquentes ; devenues ces derniers temps plus rares encore, elles produisent un groupe de complications très exceptionnelles et d'une haute valeur doctrinale lorsqu'elles surviennent au cours de la paralysie générale. Un chapitre un peu différent et aussi intéressant est celui de l'existence des efflorescences syphilitiques tardives et spécialement au cours de la paralysie générale traitée par la malaria. Levaditi (2) et ses élèves attirèrent sur elles l'attention. Plusieurs auteurs ont publié des cas d'efflorescences cutanées (Balaban, Markuszewicz, Pfeifer, etc.) qu'a résumées Kirschbaum (3) en les augmentant de ses observations personnelles. Wagner-Jauregg (4) a observé dans un cas, après pyrétothérapie, une syphilis articulaire ; Kufs (5) a signalé une kératite parenchymateuse au cours de la paralysie générale juvénile, et dans un autre cas une méningite gommeuse invétérée chez un paralytique ; d'Hollander-Rubbens (6), Jakob (7), Spielmeyer (8), Borreguerro (9), d'Arrigo (10), et autres encore ont trouvé des

(1) Travail de l'établissement neuro-psychiatrique de Kobierzyn près Cracovie. Méd.-Dir. W. Stryjeński.

(2) LEVADITI et MARIE. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1927.

(3) KIRSCHBAUM. — *D. Zeit. Nerv.*, 963.

(4) WAGNER-JAUREGG. — *Wien. Kli. Wo.*, 1930.

(5) KUSF. — *Arch. Psych.*, 93.

(6) HOLLANDER-RUBBENS. — *Bull. Acad. Belge*, 1925.

(7) JAKOB. — *Z. Neur.*, 52.

(8) SPIELMEYER. — *Z. Neur.*, 97 et 102.

(9) BORREGUERRO. — *Z.B. Neur.*, 74, 508.

(10) D'ARRIGO. — *Riv. Pat. Nerv.*, 43.

gommès dans le cerveau et Spielmeyer a souligné, contre l'opinion de Jakob, leur grande rareté, même en comparaison avec les efflorescences cutanées. Spielman (1) et ses collaborateurs ont présenté eux aussi un cas pareil en évoquant deux autres cas de leur vaste expérience ; dernièrement Claude et Coste (2) ont décrit deux cas d'efflorescences cutano-muqueuses après une malariathérapie réussie. C'est à cause de cette rareté que je rapporterai ici trois de mes propres cas de paralysie générale dans lesquels l'autopsie révéla des gommès du cerveau.

OBSERVATION I (3). — A. K., 1178/33, travailleur, 37 ans. La maladie commença dans l'été de 1932, mais ce sont des accès comitiaux avec perte de conscience qui l'ont dirigé, en septembre 1932, sur le service de neuro-psychiatrie de l'hôpital Saint-Lazare, à Cracovie, où une paralysie générale fut constatée dans sa simple forme démentielle. Sang : Bordet-Wassermann pris à 0,3 cc. fortement positif ; liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann pris à 0,5 cc. fortement positif, Nonne-Apelt à 1/32, Weichbrodt et Pandy positifs, pléocytose 183/3, albumine 0,065 %, globuline 0,045 % ; $L_1 = 2,5$; $L_2 = 1,8$; coefficient albumin. = 2,57 ; les courbes du benjoin et du goldsol typiques pour la paralysie générale. Le malade a subi huit accès de malaria suivis par un traitement arséno-bismuthique. Son état amélioré, A. K. reprend son travail, mais quelques mois après il tombe de nouveau dans une démence agitée qui oblige son entourage à le faire interner à l'asile. L'état des organes internes étant mauvais, la seconde impaludation ne put être réalisée. Les réactions des humeurs typiques pour la paralysie générale, le coefficient albuminique plus encore abaissé. Pendant son séjour à l'asile, l'état du malade tend de plus en plus à la démence et au marasme, s'aggravant d'abord lentement et ensuite plus rapidement. Après des accès comitiaux répétés, le malade succombe à une broncho-pneumonie, après sept mois d'internement.

L'autopsie révéla, dans les organes internes entre autres : mésoartérite syphilitique, artériosclérose de l'arc de l'aorte, pneumonie croupieuse absédante disperse des deux lobes inférieurs et du lobe supérieur du poumon droit, pleurite fibrineuse. Bronchite purulente. Système nerveux : grossissement des méninges molles, surtout dans les parties frontales, adhésions pie-mériennes aux couches superficielles de l'écorce, hyperémie passive, atrophie marquée du cerveau, formations sous-corticales un peu rétrécies, cavités ventriculaires agrandies, hydrocéphalie interne, inégalité de la surface ventriculaire, surtout dans le IV^e ventricule.

(1) SPIELMAN et coll. — *Bull. Soc. Méd.*, Paris, 51.

(2) CLAUDE et COSTE. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1936, 1.

(3) Présenté à la Soc. Psych., Cracovie, déc. 1935.

L'examen microscopique révèle, dans les méninges molles, une néoformation des vaisseaux infiltrés par des lymphocytes, des plasmacytes et des fibroblastes. Infiltrations surtout prononcées dans l'écoulement des vaisseaux vers l'écorce atrophiée ; sillons fortement dilatés, structure cytoarchitectonique à peine marquée. Néoformation des capillaires corticaux très vive avec production des fortes fibrilles mésenchymateuses. Autour des vaisseaux, une infiltration de plasmacytes et de lymphocytes ; vive production endothéliale aboutissant jusqu'à l'occlusion de la lumière des vaisseaux. Aréales corticales avec atrophie des cellules nerveuses remplacées par une gliose cicatricielle. Forte gliose corticale, surtout une immense production de

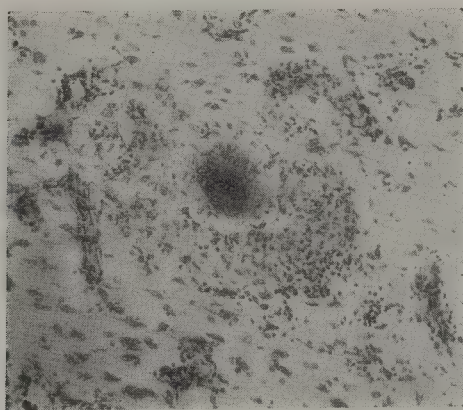


FIG. 1

cellules d'Hortéga. Ce tableau s'efface de plus en plus vers les parties caudales de l'écorce. Dans le striatum on trouve les mêmes troubles qu'à l'écorce, tandis que les autres parties des noyaux sous-corticaux ne montrent qu'une réaction dégénérative et une infiltration minime. Les spirochètes (méthode de Kanzler-Kufs) sont présents.

En dehors de ces troubles, on a trouvé, à l'écorce frontale, une gomme miliare.

Comme le montre la figure 1 nous ne voyons qu'une cellule géante entourée d'une infiltration ; plus près de ladite cellule, nous apercevons des petites cellules rondes et des plasmacytes ; autour d'elles, de rares cellules épithélioïdes et peu de fibroblastes. La gomme étant très petite, nous n'avons pas pu faire de préparations colorées pour les fibrilles élastiques (Weigert) et pour les fibres mésenchymateuses (Perdrau). Des recherches répétées dans les autres parties du cerveau (par des coupes congelées colorées par Van-Gieson) n'ont pas permis de retrouver d'autres gommies.

OBSERVATION II (1). — J. S. 1302/34, paysan, 41 ans. La maladie s'établit très lentement ; une irritabilité inconnue auparavant l'a amené au service neuro-psychiatrique de l'hôpital Saint-Lazare, à Cracovie, en mai 1931, où une paralysie générale fut constatée. Des idées paranoïdes mêlées au délire de grandeur typique, démence à peine accentuée. Sang : Bordet-Wassermann à 0,3 cc. positif ; liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann à 0,3 positif avec deux anti-gènes, pléocytose 74/3, albumine 0,06 %, globuline 0,03 %, Nonne-Apelt à 1/32, Pandy et Weichbrodt positifs. Le système cardiovasculaire du malade était très atteint, néanmoins on lui a donné huit accès de malaria et ensuite un traitement arséno-bismuthique. Le malade s'améliora et reprit son métier. Les effets de la thérapeutique furent satisfaisants pendant une année, puis la maladie se manifesta de nouveau. L'agressivité du sujet contre sa femme à cause d'une infidélité fictive poussa les siens à le faire examiner à l'asile. Ici, son état psychique dénote une paralysie générale déjà évoluée, intelligence très abaissée, status physique défavorable. Les examens des humeurs montrent des réactions typiques pour la paralysie générale. Malgré une myocardite, le malade fut traité pour la seconde fois par la malaria (huit accès), mais, au cours de sa dernière poussée, apparaissent des accidents comitiaux. Un peu amélioré, le malade commençait à se promener dans la salle quand il tombe brusquement sur le plancher atteint d'une crise convulsive, et peu après on constata chez lui une hémiparésie du type cortico-sous-corticale, s'aggravant progressivement jusqu'à l'hémiplégie définitive. Le malade, alité depuis ce temps, tomba vite dans le marasme. Il succomba à une bronchopneumonie aspiratoire dans un état physique misérable.

L'autopsie des organes internes montre entre autres : mésoartite syphilitique prononcée avec formation d'anévrysmes multiples, le plus grand étant comme une petite pomme. Cœur agrandi, myocardite grave avec dégénérescence et stéatose parenchymateuse du muscle cardiaque. Le système nerveux central montre à l'œil nu des méninges adhérent à l'écorce, cerveau atrophié, spécialement dans les parties frontales. Aspect extérieur du cerveau normal, sauf pour les circonvolutions frontales I et II et centrales antérieures et postérieures gauches qui sont aplaties et les sillons comprimés. Consistance normale, sauf pour l'endroit décrit, où le parenchyme nerveux est durci. Sur les coupes verticales on aperçoit deux tumeurs de la grosseur d'une grande noix et une troisième grosse comme un pois, dures, bombées au-dessus de la coupe. Ces tumeurs sont situées dans la région sous-corticale centrale, elles atteignent jusqu'aux fibres sous-corticales de la frontale I et II d'un côté et jusqu'au striatum d'autre côté (fig. 2). Autour d'elles, une zone de parenchyme ramolli et coloré en gris-rosâtre. L'écorce sur ces tumeurs ne semble pas être atteinte. Dans les parties ventro-médiales d'une des tumeurs, le

(1) Présenté à la Soc. Psych., Cracovie, nov. 1936.

tissu nerveux est ramolli jusqu'à la partie antéro-supérieure du ventricule gauche qui est plus aplati qu'ailleurs. Ramollissement des parties antéro-supérieures de la substance blanche sous-corticale. Les



FIG. 2

ventricules (sauf le gauche), agrandis, contiennent le liquide céphalo-rachidien en quantité normale, les parois sont lisses.

Microscopiquement, on constate une infiltration des méninges et

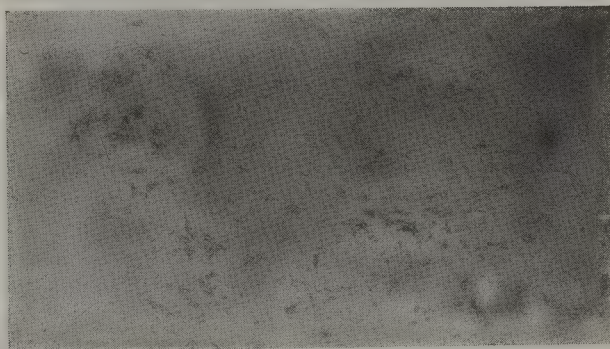


FIG. 3

une néoformation des vaisseaux. A l'écorce, la structure cytoarchitectonique est complètement détruite dans les parties antérieures et médiales. Une infiltration typique des vaisseaux néoformés. Une forte gliose corticale avec prédominance de la microglie. Striatum gravement atteint par un processus inflammatoire, dans d'autres parties,

prédominance de processus dégénératif. Présence des spirochètes à l'écorce. L'analyse des néoplasmes montre qu'il s'agit de gommes : le centre est caséifié, mais on trouve encore dans les masses amorphes des traits de structure vasculaire (fig. 3). Autour de ces masses amorphes on aperçoit une prolifération intense des vaisseaux entourés par des lymphocytes et des plasmotocytes ; hors du voisinage des vaisseaux, on trouve aussi des fibroblastes et de rares cellules épithélioïdes (fig. 4). L'infiltration cesse assez brusquement, seulement un rempart gliotique le sépare du tissu normal. L'écorce sur les gommes ne montre, sauf de la paralysie générale, que des signes de compression. La méthode de Perdrau (fig. 5) révèle une masse énorme

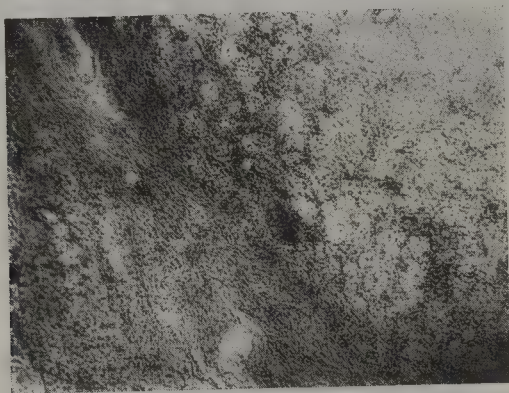


FIG. 4

de fibrilles mésenchymateuses dans toute la gomme, même dans les parties les plus amorphes, dans les colorations cellulaires. Des recherches spéciales sur la présence de gommes plus petites dans d'autres parties du cerveau n'ont pas abouti. Présence des spirochètes, peu nombreux d'ailleurs, dans les parties plus distales d'infiltration périgommeuse.

OBSERVATION III. — K. J. 1214/36, vagabond, 38 ans. Au commencement de 1936, arrêté par la police à cause de vagabondage. Son abandon psychique attira l'attention du médecin, qui le dirigea sur l'asile. Ici, on constate sa ruine physique et psychique. Dément, il reste apathique, ne répond plus aux questions, parfois il émet des idées de grandeur ; vagues hallucinations auditives. Marastique, signes de tabès. Sang : Bordet-Wassermann à 0,3 cc. positif ; liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann à 0,3 cc. positif, pléocytose 84/3, Nonne-Apel à 1/32, Weichbrodt et Pandy positifs, albumine 0,07 %, globuline 0,04 %, courbes du goldsol et du benjoin typique

pour la paralysie générale. Inoculé par la malaria, il eut six accès de fièvre : le reste fut coupé à cause de son état défavorable. Malgré

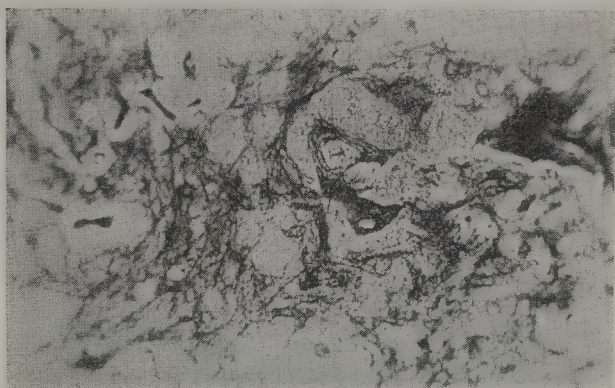


FIG. 5

une thérapeutique appropriée, il devient de plus en plus marastique et meurt après trois mois d'internement de pneumonie.

Les organes internes montrent à l'œil nu, entre autres : plegmon du

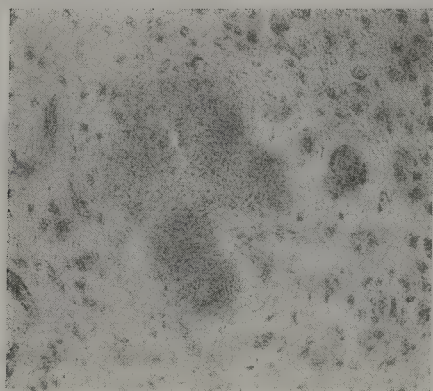


FIG. 6

genou droit, pneumonie croupeuse droite, œdème des poumons, dégénérescence parenchymateuse du muscle cardiaque, œdème du cerveau, atrophie de l'écorce cérébrale, hydrocéphalie externe et interne, ventricules agrandis, épendymite granuleuse prononcée.

Microscopiquement, on constate une leptoméningite aiguë, l'adhérence des méninges à l'écorce, l'écorce atrophiée, la structure cyto-architectonique invisible, une forte néoproduction des vaisseaux infiltrés en manchons par des plasmatoctes et des lymphocytes auxquelles sont mêlées des leucocytes. Forte gliose corticale. Nombreux aréales sans cellules nerveuses avec gliose cicatricielle. L'inflammation accentuée dans le striatum s'efface de plus en plus dans les parties caudales du cerveau.

Dans le gyrus limbicus on trouve une gomme miliaire (fig. 6). Une masse de lymphocytes et de plasmatoctes entoure une cellule géante ; cette infiltration cesse assez brusquement vers le tissu normal. Les recherches sur l'existence des autres gommes (sur coupes congelées, colorées par l'hématéine-éosine) sans résultat positif. Présence des spirochètes dans l'écorce cérébrale.

Le premier cas étant tout à fait typique ne demande pas aucune analyse spéciale du point de vue clinique. La gomme miliaire unique n'a pas pu provoquer de symptômes spéciaux ; elle reste comme une trouvaille accidentelle. L'hémi-parésie et ensuite l'hémiplégie du second paralytique — ce que l'on trouve assez fréquemment dans les dernières périodes de la paralysie générale — ont été interprétées comme résultant d'un traumatisme crânien survenu au cours d'un accès convulsif avec hémorragie cérébrale secondaire. L'examen clinique ne dirigea pas l'attention vers l'existence d'une gomme, et même lors de l'autopsie à l'œil nous avions pensé plutôt à un tubercule ; les gommes n'étaient pas prises en considération à cause de leur grande rareté. La gomme miliaire du troisième cas est aussi une trouvaille accidentelle qui ne put pas donner des signes locaux. La rémission du processus a été la meilleure dans le second cas, douteuse dans le premier et absente chez le dernier paralytique.

L'analyse morphologique ne conduit pas non plus à des considérations détaillées, tous les signes des gommes étant bien caractéristiques. Celles du premier et troisième cas miliaires, examinés seulement par la coloration de Nissl, ne ressemblent point à des tubercules. L'absence de coloration de Weigert et de Perdrau, pouvant être fâcheuse pour les sceptiques, n'est pas décisive en présence de signes cytologiques tellement typiques. Les gommes du second cas montrent aussi des traits spécifiques, et en raison de leur grandeur un examen détaillé a pu en être réalisé. Autour de la masse amorphe, elles contiennent des plasmatoctes et des lymphocytes en quantité qui dépasse celle que l'on trouve dans les tubercules ; les fibroblastes et le tissu

fibreux dépassent aussi le nombre que l'on observe dans les tubercules ; malgré la caséification il est encore resté dans la masse centrale des gommages des structures vasculaires visibles, ce qui n'est pas le cas pour les tubercules ; les fibres mésenchymateuses montrent une néoformation très forte dans les gommages donnant un tableau très suggestif complètement différent de celui que nous offrent les tubercules avec peu de fibres ; la prolifération des vaisseaux avec les signes caractéristiques de troubles de leurs parois est plus accentuée dans les gommages que dans les tubercules ; les spirochètes enfin présents — quoique peu nombreux — dans les parois vasculaires éloignées de la masse centrale, sont décisifs pour la classification du processus décrit ci-dessus.

Comme on le sait, diverses théories ont été exposées pour expliquer l'apparition des efflorescences gommeuses au cours de la paralysie générale traitée par la malaria. Une des plus connues, établie apparemment sur les bases les plus solides, est la thèse d'après laquelle, sous l'influence de la malariathérapie, le processus syphilitique malin (la paralysie générale) subit une transformation en un processus de syphilis bénigne tertiaire. Mais cette thèse ne tient pas compte de faits observés qui, comme dans nos cas, ne peuvent point témoigner en faveur d'une issue favorable de la pyrétothérapie. Quand l'effet thérapeutique ne réussit pas on ne peut alors affirmer la transformation du processus métasyphilitique, — ou étisyphilitique (1), (comme l'a appelé dernièrement Jahnel), avec cette réserve que la transformation admise n'est pas tout à fait certaine et même — après les arguments des nombreux auteurs — elle n'est pas en général démontrable. L'analyse approfondie anatomo-pathologique et sérologique des relations de la syphilis tertiaire et de la paralysie générale ne donne pas de preuves essentielles à l'appui. Quelques thèses sur la dualité du virus tréponémique, comme aussi celles sur la dépendance de la syphilis du système nerveux de l'existence d'accidents cutanés secondaires, étudiées sur un matériel restreint, ont joui d'un certain éclat. Elles ne peuvent, elles non plus, servir de base pour une compréhension des gommages dans la paralysie générale impaludée, parce que cette dualité et cette dépendance se sont avérées encore fort douteuses. Spielmann accepte (comme le font aussi d'autres auteurs) le passage de la phase anallergique (pendant la paralysie générale) à la phase allergique (après le succès de la théra-

(1) De mot grec : *ετι* = encore.

peutique) dans l'organisme du paralytique ; cette conception probablement légitime pour les cas guéris, n'est pas valable pour les cas semblables aux nôtres. Il faut néanmoins souligner que les recherches de Scherer (1), basées sur 125 cas de paralysie générale et 125 cas de syphilis tertiaire, ont montré que la syphilis vasculaire (aortique) n'est pas plus rare dans la paralysie générale. L'absence relative de signes cliniques est due, selon Scherer, seulement à l'immobilité relative des paralytiques et à leur mort précoce, les désordres cardiaques dus à la syphilis aortique étant spécialement tardifs. La dualité admise parfois : syphilis cérébrale et syphilis des organes internes, est donc une fois de plus ébranlée parce que les recherches citées, comme aussi beaucoup d'autres études, parlent contre la pluralité pathogénique de diverses formes cliniques de la syphilis. Il est bien entendu que ces brèves remarques indiquent seulement de vastes problèmes sans vouloir les développer en présence des travaux si profonds que ceux de Jahnel (2) ou de Levaditi (3).

Les gomme que j'ai observées personnellement ne contiennent pas dans leur structure (4) (comme aussi dans leurs relations avec le reste de parenchyme nerveux et des autres organes du corps) des particularités telles qu'elles puissent nous expliquer, sinon quelques problèmes généraux, tout au moins leur mode d'évolution dans telles ou telles conditions. En présence de tant de conceptions éphémères exprimées souvent en tenant compte d'une observation unique, complètement erronées ou non corroborées par l'ensemble du tableau anatomo-pathologique des gomme du cerveau dans la paralysie générale, je préfère m'abstenir d'une hypothèse nouvelle qui subirait vite le destin de ses devancières. Nous sommes encore dans ce domaine, me semble-t-il, dans la phase où l'on rassemble la documentation anatomo-clinique sans pouvoir encore répondre aux questions plus générales.

(1) SCHERER. — *Virchows Archiv*, 286.

(2) JAHNEL. — *Handbuch d. Geisteskrn. Bumke*, t. XI. *Handbuch d. Geschlechtskrn. Jadasson*, t. XVII : 1. *Handbuch d. Nervenkrn. Bumke-Foerster*, t. XII. Importante bibliographie et résumé des travaux antérieurs.

(3) LEVADITI et collaborateurs. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1925, 1927, 1929, *Bull. Méd.*, 1929, *C.R. Soc. Biol.*, Paris, t. CX, CXIV, 18.

(4) Ce n'est pas le but de cette communication d'entrer dans le détail de l'anatomie pathologique des gomme. Ce sujet a été l'objet de recherches récentes très minutieuses et intéressantes de ZANETTI : *Rivis. Pat. Nerv.*, t. XXXIV.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 9 Décembre 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

PRÉSENTATIONS

**A propos de l'écriture en miroir (présentation de malade),
par MM. Paul ABÉLY et M. RANCOULE.**

L'écriture en miroir, identique en fait à la composition des typographes, est une écriture renversée, ainsi appelée parce qu'on la lit dans un miroir. Elle est presque toujours, sinon toujours, faite par la main gauche et sa direction est de droite à gauche.

Elle est, depuis longtemps étudiée ; ce fut Brechwald, en 1878, qui la fit connaître le premier. Depuis, les travaux se sont multipliés à son sujet ; parmi les auteurs de ces recherches, citons : Erlenmeyer, de Coblenz, Carl Vogt, Mlle Skwortzoff, Grasset, Durand, Bernheim, le Professeur Marinesco, Meige, Paul Sollier, etc...

On connaît l'article de Gilbert Ballet à propos de Léonard de Vinci, qui écrivait de cette façon. En 1906, Massonnet, de Bordeaux, consacra à son étude une importante thèse. Puis ce sujet tomba dans l'oubli pendant de nombreuses années. Il fut repris en 1926 dans l'*Encéphale*, par W. Sterling, de Varsovie. Le dernier travail que nous avons retrouvé est celui de Macdonald

Critchley, de Londres, paru dans les *Annales Médico-Psychologiques*, en mars 1929.

Les conclusions de ce dernier auteur résument, en fait, toutes les opinions précédemment émises. Nous les reproduisons ici :

« On rencontre l'écriture en miroir comme phénomène acquis, dans quelques cas d'hémiplégie droite, souvent associée à l'aphasie.

« On la rencontre aussi dans les premiers essais d'écriture des enfants, surtout des gauchers. On la rencontre plus fréquemment encore chez les arriérés, les aliénés, dans la cécité verbale congénitale, et chez les diplégiques.

« L'explication est à rechercher dans la réunion de deux facteurs, l'un moteur (ou physiologique), l'autre intellectuel (ou psychologique).

« L'écriture en miroir est, en effet, le mode naturel pour la main gauche, parce qu'en général, les mouvements abducteurs ou centrifuges sont les plus forts, les plus délicats, les plus coordonnés.

« L'influence de l'éducation et l'habitude nous font lire et écrire de gauche à droite ; c'est en effet la méthode la plus naturelle pour les droitiers qui sont la majorité, mais elle est anormale pour les gauchers.

« Lorsque les facteurs éducation, attention et représentation visuelles sont mal développés ou sont altérés, le gaucher retourne à une écriture en miroir. Comme l'a dit Ballet : L'écriture en miroir de la main gauche est la méthode la plus naturelle pour les gauchers dont l'éducation n'a pas faussé la tendance naturelle. »

.....

La particularité du malade que nous vous présentons et que nous avons cru pouvoir vous intéresser réside dans le fait qu'il ne correspond, en réalité, à aucune des conclusions énoncées.

Dans toutes les publications antérieures, on ne signale jamais l'étiologie purement délirante et volontaire de ce symptôme. L'importance du facteur trouble de la motricité est noté comme primordial, sinon indispensable. Tout au plus, Critchley concède qu'on peut admettre quelquefois l'association de deux facteurs, l'un moteur ou physiologique, l'autre intellectuel ou psychologique.

Chez notre malade, on ne rencontre rigoureusement aucune anomalie motrice pouvant jouer un rôle quelconque. Tout au plus peut-on contrôler à son sujet le fait connu et généralement

acquis que, lorsque l'on écrit de la main gauche, l'écriture en miroir est le mode le plus naturel et le plus facile.

Voici l'observation de l'intéressé.

L... est âgé de 42 ans. Né de père et mère inconnus, il a été élevé par l'Assistance Publique et son hérédité pathologique possible est naturellement ignorée.

Il a été à l'école d'une façon très irrégulière et c'est seulement au régiment qu'il a appris à lire et à écrire d'une façon courante.

Dès sa plus tendre enfance, il a été domestique de ferme. Aucune maladie importante ne survint dans cette période de sa vie.

Mobilisé en 1914, presque au début des hostilités, il fut grièvement blessé au bras et à la poitrine, mais sans commotion, sans atteinte crânienne. Caporal, titulaire de la croix de guerre et de la médaille militaire, il fut démobilisé en 1919, après un court séjour au Maroc, où il contracta la dysenterie. Peu après son retour dans la vie civile, dans le courant de l'année 1919, il fut sérieusement malade pendant un mois : « Il avait toujours envie de dormir. »

On parla de coma et d'encéphalite léthargique ; ce diagnostic, au sujet duquel nous n'avons pu avoir aucun renseignement, paraît acceptable et correspond à une date où l'épidémie commençait à apparaître en France.

Dans tous les cas, on ne trouve aujourd'hui aucune séquelle de cette infection : pas de diplopie, pas de strabisme, pas de tendance à la somnolence, aucun symptôme de la série parkinsonienne.

En 1920, il fut nommé cantonnier de la Ville de Paris, profession qu'il exerce encore.

Il est marié depuis 12 ans, et père d'un petit garçon de 11 ans.

Aux dires de sa femme, sa vie s'écoula sans incident particulier jusqu'en 1932. Il était habituellement sobre, consommait un maximum de un litre de vin rouge par jour et aucune autre boisson alcoolique. En revanche, il absorbait une quantité considérable de café, jusqu'à trois litres par jour.

Dès le début de 1933, il se plaint d'insomnie, de cauchemars, devient inquiet, nerveux. Cet état persiste pendant un an environ, puis s'aggrave ; l'inquiétude devient de l'anxiété ; en même temps, il émet la crainte de devenir fou, il craint aussi d'être tué par un de ses anciens patrons.

Il est dirigé, le 21 septembre 1935, vers l'Hôpital Henri-Rousselle, puis interné à Villejuif, au début d'octobre 1935.

Il y séjourna un mois et demi seulement et fera l'objet des certificats suivants :

Certificat de placement, le 21 septembre 1935. — En observation à l'Hôpital Henri-Rousselle, depuis le 28 septembre 1935, pour la première fois, présente un syndrome d'influence évoluant depuis

plusieurs mois. Transmission de pensée presque permanente : « C'est un maître qui lui parle. Il lui fait des reproches au sujet de l'habitude de masturbation contractée depuis l'âge de 12 ans et lui annonce qu'il va mourir. » Croyance absolue dans sa mort prochaine. Tristesse, anxiété par intervalles. Spécificité cérébrale possible. Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,80. Pandy +. Weichbrodt +. Leuco. 0,4. Benjoin 00000.00222. 21000. Meinicke positif. Bordet-Wassermann négatif.

Certificat de situation, le 25 septembre 1935. — Est atteint d'une psychose anxieuse avec sentiment d'influence et idées de persécution évoluant depuis un an. Transmissions de pensées. Entend son ancien maître qui lui parle ; un homme du pays qui l'a tenu sous sa domination. Se sent commandé par lui. A peur que ses gens le détruisent. Masturbation malgré qu'il soit marié. Céphalée. Angoisse. Incapacité sociale. Sang négatif. Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,80 (glob., traces). Leuco. 4. Benjoin : 00000.00222.21000. Meinicke positif. Bordet-Wassermann négatif. Glucosurie 2 gr. 26.

Certificat immédiat (à l'Asile clinique), octobre 1935. — Présente depuis 15 mois un état d'appréhension principalement relatif à sa santé. Les gens avaient l'air de se moquer de lui et il ne dormait plus. (Peut être transféré).

Certificat immédiat (à Villejuif), 5 octobre 1935. — Bouffée délirante polymorphe chez un débile mental ; agitation anxieuse intermittente s'associant à des sentiments d'influence et de persécution, à des hallucinations auditives. A maintenir.

Certificat de quinzaine (à Villejuif), le 18 octobre 1935. — Paraît avoir présenté une bouffée délirante du type : « délire polymorphe des dégénérés ». Actuellement plus calme, mais demeure inquiet, asthénique. Se souvient de son délire et en parle en souriant : « Je me rends compte, maintenant, que c'est ma maladie qui me faisait entendre ces voix. » S'occupe régulièrement dans le quartier. A maintenir en traitement.

Certificat de sortie (à Villejuif), le 14 novembre 1935. — Ce malade est actuellement très calme et très lucide ; peut être confié à sa femme qui le réclame.

Placé par voie volontaire, sa sortie fut ordonnée prématurément sur la demande de sa femme qui craignait de lui voir perdre son emploi à la Ville-de-Paris.

Celle-ci a précisé, d'ailleurs, qu'il n'a jamais été bien depuis. Il se montrait d'humeur changeante, se plaignait d'entendre des réflexions blessantes à son égard, surtout de la part de ses compagnons de travail, cherchait querelle à son entourage sans motif évident, demeurait des journées entières rêveur, silencieux. Néanmoins, il continuait à effectuer d'une façon régulière son métier de cantonnier. Il ne buvait pas. Peu à peu, son attitude et ses propos devinrent de plus en plus

étranges ; il disait à sa femme qu'on lui voulait du mal et qu'il devait se défendre, il se montrait jaloux, exigeait que tout soit hermétiquement fermé chez lui.

Puis, dans le début de septembre, il commença à consacrer ses loisirs à tout faire de la main gauche, et à s'entraîner en particulier à une écriture étrange que sa femme ne comprenait pas.

Son état s'aggravant, il fut conduit, le 15 novembre dernier, à l'Hôpital Henri-Rousselle, où l'on rédigea à son sujet le certificat suivant :

« Est atteint d'un délire d'influence avec hallucinations probables. Transmission de pensée. Sa conscience lui cause, elle s'est développée après la mort de son maître, en 1918. Réticences invincibles : « Je ne ressens pas le besoin de vous le dire, je n'ai aucune déclaration à faire, je ne répondrai pas. » Allures de persécuté et appréhension anxieuse à son domicile. Avait peur qu'on lui fasse du mal, prenait sa femme pour un fantôme. Insomnie, inquiétude perpétuelle. Déjà interné en 1935. L'état psychopathique de ce malade nécessite son réinternement dans un asile d'aliénés. »

C'est dans ces conditions qu'il fut amené à Villejuif. Il est dans notre service depuis 15 jours à peine. C'est dire que notre diagnostic demeure encore imprécis et que nous hésitons entre une psychose hallucinatoire chronique et une démence paranoïde en évolution. Nous penchons plus particulièrement vers cette dernière hypothèse. Ce malade demeura très réticent, très variable dans ses affirmations et aussi faisant preuve d'une débilité mentale évidente.

C'est en lisant la rédaction de sa feuille d'entrée que nous découvrîmes fortuitement son écriture en miroir. Par la suite, les lettres écrites à sa femme ou à nous-mêmes présentèrent la même particularité calligraphique.

Il s'agit d'une écriture en miroir typique écrite de la main gauche et de droite à gauche. Nous avons essayé d'en chercher l'explication.

L'examen neurologique qui, dans ce domaine, a une importance primordiale fut entièrement négatif. Ponction lombaire donnant un résultat normal. Pupilles intactes, intégrité de tous les réflexes. Pas d'hypertonie, pas d'hypermétrie, pas d'adiadococynésie, pas de roue dentée ou de signe de Froment, pas de strabisme, pas de diplopie, pas de symptômes organiques de la série alcoolique, aucune tendance aphasique, pas de trouble du sens spacial, cœur intact, la tension artérielle est normale, ainsi que le taux d'urée sanguine et la glycémie. Examen physique strictement négatif ; jusqu'à la fin de septembre dernier, l'intéressé a toujours écrit de sa main droite.

L'examen mental est lui-même limité par la réticence du sujet et la variabilité de ses dires. Il paraît surtout satisfait et énigmatique, comme ces hallucinés chroniques évoluant vers le stade mégalomaniaque. Son calme est affecté, ainsi que sa politesse. Son langage est

prétentieux, maniéré, et l'on note parfois une certaine tendance à l'incohérence. Il se dit obligé de ne pas parler, parce qu'il ne doit pas dévoiler la mission à laquelle il est destiné. Il ajoute : « J'étais somnambule depuis de très nombreuses années ; mais, comme il était prévu, je viens de me réveiller. Auparavant, j'étais fixé, je n'étais pas un mort. Maintenant, depuis mon réveil, je suis en moi, alors ma conscience doit me diriger. C'est elle qui m'a annoncé que je dois attendre encore un an et demi avant de parler. »

« Le réveil n'a pas été brusque, sans quoi je serais devenu fou ; la conscience a commencé à me parler peu à peu, et, depuis, je commence à voir clair. Je me suis aperçu que, de 12 à 40 ans, j'avais l'habitude de me masturber ; j'étais dégradé et perdu ; il faut changer. »

« Je remarque aussi que ma femme actuelle est la troisième ; les deux autres étaient faites de la même façon et portaient le même nom ; pour moi, je croyais que c'était toujours la même, mais je me trompais. J'ai même l'impression que celle qui vit avec moi maintenant n'est qu'un fantôme. »

Ce sentiment d'étrangeté et de transformation de tout ce qui l'entoure domine le tableau clinique.

On note aussi quelques idées de persécution et de jalousie avec quelques hallucinations auditives peu abondantes, le tout portant le cachet du fléchissement intellectuel.

« Je suis poursuivi par la bande des grandes queues. Ce sont des individus qui, par la dimension de leurs organes sexuels, me trompent à distance. C'est ainsi que, la nuit, quand j'ai tout fermé, barricadé, qu'il n'y a personne chez moi, j'entends ma femme couchée à mes côtés jouir plusieurs fois dans la nuit. Cette bande doit se trouver parmi les ouvriers qui travaillent avec moi, ils agissent par les procédés, l'hameçon est sur la femme. Je les ai entendus faire des réflexions sur moi à propos de mes habitudes, de masturbation. »

On note aussi une grande richesse des idées d'influence, ayant elles aussi une teinte très particulière :

« Déjà, à l'école, j'étais le pantin, l'amusement des autres. Je suis une marionnette. J'en ai assez, je veux me reposer. On m'exploite. L'ancienne locataire de mon domicile s'appelait Mme Collado, elle fait partie de la Société des gens intelligents qui réussissent, avant de partir, à coller un fluide contre les carreaux pour agir sur les nerfs des nouveaux arrivants. Aussi, ils agissent sur moi, ils me taquent les nerfs ; j'éprouve le besoin de partir. J'ai un mouvement sur moi qui n'est pas logique, qui n'est pas loyal. »

Les motifs invoqués par lui pour expliquer sa forme d'écriture sont eux aussi assez flous et divergents.

En fait, non seulement il n'écrit plus que de la main gauche, mais il ne tend que la même main, ne mange que de cette façon, s'efforce de partir du pied gauche, oriente son corps dans ce sens, prend dans

son lit, à table, des positions étranges, toujours dictées par les mêmes préoccupations.

Depuis qu'il est réveillé, il a besoin de laisser reposer son côté droit. Un autre souci le fait aussi agir ainsi, celle de régénérer, de devenir un autre homme, de faire oublier celui qui s'est masturbé pendant plus de 20 ans. — Certains pourraient voir là-dessus des idées d'auto-punition. — Cette décision lui a été dictée par sa conscience. Il s'est mis aussitôt à l'entraînement depuis le mois de septembre.

Il a appris aussi trois sortes d'écriture qu'il divise en trois zones :

La première zone est l'écriture normale qu'il pratique encore parfaitement, mais à laquelle il renonce.

La deuxième zone est l'écriture de la main gauche, selon le sens et le mode de la main droite.

La troisième zone est l'écriture en miroir. Au cours de ses entraînements, il s'est aperçu que cette dernière était la plus facile à effectuer avec la main gauche. Il l'a apprise en huit jours et la pratique facilement surtout au crayon. Aussi, c'est elle qu'il a définitivement adoptée.

Il nous dit à ce propos : « Nous avons deux bras et deux jambes, la jambe droite démarre avec le bras gauche, nous sommes entrecroisés et c'est ce qui fait le corps solide. Nous avons donc trois écritures. J'obéis à l'ordre de ma conscience. »

Il se défend de vouloir aussi masquer ou dissimuler ce qu'il écrit : « Je suis, dit-il, honnête, loyal et intelligent. »

Telles sont, brièvement exposées, les quelques particularités de cette présentation. Elle nous impose quelques réflexions : tout d'abord, malgré la réticence du sujet et la courte durée de notre observation, le diagnostic de démence paranoïde nous paraît probable tant par la forme de l'évolution, que par la teinte du délire. L'hypothèse rétrospective d'une atteinte ancienne d'encéphalite léthargique nous semble aussi à peu près certaine. Et ce n'est pas la première fois que nous remarquons, sinon la relation, tout au moins la coïncidence d'une encéphalite épidémique antérieure avec l'évolution d'une démence paranoïde et habituellement aussi, dans ce cas, l'absence de toutes séquelles neurologiques. A noter aussi que, depuis 1920, L... n'a jamais eu de crises de narcolepsie.

A propos de son écriture en miroir, on constate que celle-ci fait partie de tout un système délirant et qu'elle ne s'associe à aucun trouble moteur ou aphasique, contrairement aux conclusions de tous les auteurs qui ont étudié cette question.

Elle a été imposée à L... par son délire, comme elle le serait

à quiconque d'entre nous, si nous voulions nous mettre à écrire de la main gauche et de droite à gauche.

Son étiologie, ainsi que son explication, sont donc proprement psychologiques. Dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons jamais trouvé de cas semblable. Celui-ci, tout en étant la valeur séméiologique de l'écriture en miroir, lui fait perdre de son importance.

M. Th. SIMON. — A l'appui de leur thèse, les auteurs auraient pu invoquer un travail de G. Abt dans l'*Année psychologique* vers 1900 et un travail de Mme Rouquié dans le *Bulletin de la Société A.-Binet*, qui montre, parmi les enfants de la Maternelle, la fréquence de l'écriture en miroir, même chez les enfants intelligents.

L'inertie du côté droit peut entraîner l'usage du membre gauche, mais elle n'explique pas l'écriture en miroir, ni le fait que cette écriture de la main gauche est la symétrique de l'écriture droite. En effet, chez les enfants, l'écriture en miroir est réalisée par la main droite. Et d'ailleurs, on peut observer chez eux bien d'autres désorientations, notamment le dessin d'un bonhomme la tête en bas. L'écriture en miroir semble donc bien relever d'un mécanisme psychologique plutôt que d'un état organique.

M. GUIRAUD. — Une fois de plus, je répète qu'il ne faut pas prendre pour argent comptant les explications fournies par les malades. Pendant des années, un dément de mon service polissait stéréotypiquement des cailloux sans fournir aucune raison de cette besogne, puis il s'est mis à déclarer que ces prétendus cailloux étaient, en réalité, des diamants et qu'il les polissait pour les tailler. Rien ne prouve que, chez le malade en question, l'explication qu'il allègue aujourd'hui ne soit pas, elle aussi, secondaire et trouvée après coup. Si ce sujet a eu de l'encéphalite, il se peut qu'une atteinte discrète du cerveau gauche ait créé une base organique à l'usage de l'écriture en miroir de la main gauche. La véritable explication du fait serait neurologique et non psychologique.

M. P. ABÉLY. — Bien avant d'écrire de la main gauche, le sujet se plaignait d'hallucinations et délirait. Par ailleurs, on ne note aucun trouble neurologique. Voilà pourquoi nous disons qu'il s'agit d'un déterminisme psychologique.

Épilepsie psychique post-traumatique associée à un syndrome d'amnésie continue, par M. L. MARCHAND, Mme GAULTIER et M. R. STORA.

Les accidents épileptiques post-traumatiques peuvent revêtir les mêmes modalités que celles que l'on note chez les sujets atteints d'épilepsie dite idiopathique. Il faut noter cependant que les crises psychiques sont plus rares et qu'il est exceptionnel, comme l'un de nous (1) l'a montré, qu'elles constituent, à elles seules, les manifestations comitiales.

Dans l'observation suivante, l'épilepsie s'est manifestée d'abord par des accidents convulsifs et ensuite uniquement par des crises psychiques, auxquelles sont venus s'associer des troubles profonds de la mémoire.

R... est âgé actuellement de 51 ans. A l'âge de 30 ans, en 1916, il a été blessé par balle ; plaie transfixiante du crâne.

L'orifice d'entrée est situé au niveau du frontal, à deux centimètres à droite de la ligne médiane et à deux centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière. L'orifice de sortie se trouve à cinq centimètres en arrière de l'insertion du pavillon de l'oreille, à la même hauteur que la cicatrice d'entrée.

L'hémisphère cérébral droit a donc été traversé, d'avant en arrière, suivant un trajet horizontal légèrement oblique, de dedans en dehors.

R... fut trépané deux fois et présenta plusieurs crises convulsives dix jours après sa blessure. Il se rétablit assez rapidement et put remplir après la guerre les fonctions de facteur, mais il était devenu irritable et sujet à de fréquentes céphalées.

En 1926, deux ans après la blessure, il présenta des crises d'épilepsie qui furent traitées par du bromure de potassium et du sédo-brol. Celles-ci se renouvelèrent par la suite assez fréquemment.

En décembre 1929, probablement à la suite d'une crise, il resta obnubilé pendant cinq jours, ne reconnaissant plus personne, ni son fils, ni sa femme, ne pouvant plus parler, ne comprenant pas ce qu'on lui disait.

En juin 1932, également, à la suite d'une crise convulsive, il manifesta des troubles mentaux graves. Ceux-ci nécessitèrent son admission à l'Hôpital Henri-Rousselle, et il fut interné le 13 juillet 1932, à l'asile Sainte-Anne, avec le certificat suivant :

« Confusion mentale persistant après une crise comitiale chez un traumatisé du crâne. Désorientation, logorrhée, jargonaphasie, propos

(1) *Soc. Méd.-Psych.*, 8 juin 1933 et 13 décembre 1934.

incohérents, parlerait patois picard (d'après sa femme). Turbulence. Bouleverse sa literie. Gâtisme. Crise comitiale « il y a un mois ». Inactivité depuis plusieurs mois. Traumatisme crânien (1916). Epilepsie depuis 1926. Excès alcooliques légers, d'après l'entourage. Réflexes tendineux vifs. Œdème orthostatique des jambes. Réflexes pupillaires lents. Pas de lésion du fond d'œil. Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs (sang). Urée 0,20. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,60. Globulines 0. Leucocytes 0,2. Benjoin 00000.02222.00000. Bordet-Wassermann, Meinicke négatifs. » (D^r Courtois).

Les semaines suivantes, la confusion mentale et les troubles du langage, qui consistaient surtout en aphasie amnésique plutôt qu'en paraphasie, s'atténuèrent lentement. Quelques mois après son admission, nous constatons un état psychique, qui ne s'est plus modifié et qui est tel aujourd'hui qu'il y a cinq ans.

Dans la nuit du 12 au 13 novembre 1932, apparition de la première crise d'épilepsie psychique, qui fut d'une extrême violence. Les crises sont devenues ensuite de plus en plus fréquentes ; elles se renouvellent tous les jours et souvent plusieurs fois par jour.

Etat mental. — R... est un malade doux, docile, répondant aux questions avec bonne volonté, agrémentant même ses réponses d'attention aimable, de compliments à l'adresse de son entourage. Tout le monde est gentil pour lui, il ne demande pas sa mise en liberté ; il est satisfait de son sort, il se trouve heureux.

Les troubles de la mémoire consistent en amnésie continue. R... n'a pas la notion de l'heure, du jour, du mois, de l'année. Il croit qu'il vient d'arriver et se croit dans son pays natal qu'il n'aurait jamais quitté. Il n'a conservé aucun souvenir des circonstances qui l'ont amené ici. Il ne se rappelle pas qu'il a été facteur à Paris.

Ces troubles de la mémoire entraînent une certaine fabulation et des illusions de fausse reconnaissance. « Il va dans les marchés vendre des cochons ; il a des clients qui l'attendent et qu'il va retrouver. »

Son père, quoique vieux, l'accompagne ; il vient même ici. Sa mère est très vieille ; elle est morte, mais « a revécu ».

Son médecin actuel est celui qui l'a soigné quand il a été blessé. C'est le Docteur Leroux. Il le remercie des bons soins qu'il lui a donnés ; il lui a sauvé la vie.

Les souvenirs d'enfance ne sont pas complètement effacés. Il sait la date de sa naissance. Il raconte avec détails les circonstances qui ont accompagné son succès au certificat d'études, il avait 11 ans. Il a fait son service militaire à Saint-Denis, mais ne peut dire en quelle année.

Il se souvient de la période de ses fiançailles avec une demoiselle qu'il a connue dans un bal et avec laquelle il s'est marié. Il a oublié que sa femme est morte depuis deux ans et qu'il a un fils de 20 ans qui vient cependant le voir régulièrement.

Il a un souvenir assez précis des circonstances de sa blessure. Il

était à plat-ventre en train de viser ; il avait posé son casque à côté de lui. Une balle l'a atteint à la tête. On l'a transporté sur un brancard, il a été soigné par le Docteur Leroux. Il ne peut dire ni le lieu, ni la date. Aucune autre particularité n'est conservée.

Les tests de mémoire donnent les résultats suivants : les opérations simples sont encore possibles. Il reconnaît les pièces de monnaie. Si on lui fait lire un article de journal, il ne peut le résumer immédiatement après l'avoir lu. Dans l'épreuve des trois commissions, il ne peut accomplir que la première. Environ dix minutes après la visite médicale, il a oublié qu'il nous a vus. Les incidents qui le touchent particulièrement restent fixés plus longtemps. Dernièrement, il a été frappé par un malade à huit heures du matin, à dix heures il s'en rappelait encore les circonstances, puis le souvenir s'est effacé.

A part un léger degré d'aphasie amnésique, on ne constate pas de troubles du langage. Aucun signe d'apraxie.

Crises d'épilepsie psychiques. — Leur début est brusque et est marqué par une hallucination auditive verbale, toujours la même, on le traite d'imbécile. Aussitôt, état de colère furieuse. Il se précipite sur la première personne qu'il voit, le regard menaçant, les poings tendus, et il frappe. Il pousse des hurlements et il appelle les gendarmes pour qu'ils viennent arrêter l'insulteur ; il traite de voleurs, de cochons les personnes qui le maintiennent. La crise cesse brusquement et il oublie immédiatement ce qui vient d'avoir lieu. Il reprend son affabilité et adresse des compliments à la personne qu'il accusait quelques secondes auparavant de l'avoir insulté. La durée des crises varie de quelques minutes à un quart d'heure. Elles surviennent aussi bien la nuit que le jour, souvent plusieurs fois par jour.

La crise est parfois déclanchée par la vue de quelqu'un qui passe devant la porte vitrée de sa chambre d'isolement et qu'il accuse de l'avoir insulté.

Depuis qu'il est dans notre service, ce malade n'a eu aucune crise convulsive.

Signes neurologiques. — Les réflexes patellaires et achilléens sont normaux. Pas de Babinski. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. On note une légère dysmétrie et d'adiadococinésie bilatérales. Pas de Römberg. La marche est normale. La force musculaire est très bien conservée des deux côtés. Pas de troubles de la sensibilité ni du sens stéréognosique. Aucunes séquelles subjectives du syndrome commotionnel. Fond d'œil normal.

Rien de particulier du côté des organes. Les urines renferment 40 gr. de glucose par litre.

Les cicatrices crâniennes, dont nous avons donné plus haut la localisation, présentent les particularités suivantes : la cicatrice antérieure est très déprimée et adhérente au crâne ; on constate, à son niveau, un enfoncement crânien de plus d'un centimètre de profondeur. Le fond est résistant.

La cicatrice postérieure est légèrement déprimée sur une surface d'une pièce de cinq francs environ. On ne note aucune pulsation. L'examen radiologique décèle, à ce niveau, une vaste perte de substance intéressant la région pariéto-occipito-temporale droite. Par contre, l'orifice d'entrée ne donne sur la radiographie qu'une ombre légère de petite dimension.

Si on reporte sur l'hémisphère droit le trajet suivi par la balle, nous trouvons qu'il commence au tiers inférieur de la première frontale, pénètre dans le centre ovale sous la deuxième et la troisième frontales, traverse la scissure de Sylvius, passe dans la substance blanche du lobe temporal, sous la première temporale, pour aboutir à la partie postérieure de la première et la deuxième circonvolution temporales.

Ainsi, un sujet, à l'âge de 30 ans, est blessé par une balle qui traverse, d'avant en arrière, l'hémisphère cérébral droit. Dix ans plus tard, apparition de crises épileptiques convulsives. A 46 ans, après une crise, état de confusion mentale qui s'atténue assez rapidement. Dans la suite, amnésie continue et les crises convulsives sont remplacées par des crises psychiques caractérisées par une hallucination auditive verbale suivie d'un état de fureur. Cet état persiste sans changement depuis six ans.

L'apparition de crises convulsives après une période de latence de dix ans n'a rien de surprenant, mais ce qui est exceptionnel, c'est de voir un état de confusion mentale post-paroxystique être suivi, d'une part, d'amnésie continue, d'autre part, de la transformation des crises convulsives en crises purement psychiques.

La soudaineté d'apparition et de disparition des crises, la répétition du trouble mental suivant un mode uniforme, l'inconscience du sujet, la brièveté des troubles, l'amnésie consécutive immédiate, sont bien en faveur du diagnostic.

Comme particularité, il est intéressant de noter que la crise débute par une hallucination auditive verbale consistant en une insulte à l'adresse du malade et que l'état de colère furieuse, que l'on pourrait, à tort, considérer comme un état de manie coléreuse, est déclenché par l'hallucination auditive.

Il est difficile de donner une explication pathogénique de l'aggravation survenue à la suite d'une crise convulsive. Il est possible que, sous l'influence de l'état congestif du cerveau, qui survient après les crises convulsives, des hémorragies capillaires se soient développées au niveau de la cicatrice cérébrale et aient contribué à étendre encore le tissu cicatriciel en déterminant des lésions d'encéphalite non suppurée.

Deux paralysies générales infantiles (forme évolutive et forme massive), par MM. M. BRISSOT et J. MAILLEFER.

Comme suite aux communications qui ont été faites ces dernières années par l'un de nous (1) à la Société Médico-psychologique sur la paralysie générale de l'enfant, et qui ont inspiré la thèse de notre élève, le D^r J. Devallet (2), après la discussion récente, qui a eu lieu devant la Société à propos de la communication du Professeur Roger (de Marseille) (3), il nous a paru intéressant de vous soumettre à nouveau deux cas de paralysie générale infantile qui rentrent, du point de vue syndromique, dans le cadre que nous avons décrit précédemment au sujet de cette affection.

OBSERVATION I. — Paralysie générale à forme évolutive.

Nous avons reçu, en juin 1937, à la colonie de Vaucluse, le jeune D... B..., âgé de 17 ans ; il arrivait de l'asile Sainte-Anne, où il venait de passer pour traitement un an et demi. Le diagnostic porté était celui de paralysie générale.

Antécédents héréditaires. — Le père, alcoolique et syphilitique, est décédé de tuberculose, en 1935, au sanatorium de Champrosay. La mère, prostituée, se livrait également à la boisson et est morte de la même affection que son mari. Elle eut deux autres enfants, l'un disparut au bout d'un mois à la suite d'hémorragies, l'autre fut emporté par des accidents cardiaques douze jours après sa naissance.

Histoire de la maladie. — La tante du sujet a pu nous préciser le début de son affection.

Le jeune D... n'a présenté aucun symptôme morbide jusqu'à l'âge de 11 ans ; quand sa tante le recueillit après le décès de ses parents, il était retardé du point de vue mental et scolaire. A 13 ans, elle lui fait quitter l'école pour le mettre en apprentissage chez un pâtissier. Il se maintient en place seulement une année, car il est malpropre, né-

(1) M. BRISSOT. — Un cas de paralysie générale infantile. *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1914.

M. BRISSOT et J. DEVALLET. — La paralysie générale de l'enfant (essai de classification). Forme évolutive et forme massive. Présentation de deux malades. *Ann. Méd.-Psych.*, juillet 1934.

(2) J. DEVALLET. — La paralysie générale chez l'enfant (étude clinique). Thèse, Paris, 1935.

(3) H. ROGER et J. ALLIEZ (de Marseille). — Débilité mentale et paralysie générale infanto-juvénile. A propos d'un cas de paralysie générale juvénile à début épileptique chez un hérédo-syphilitique. *Ann. Méd.-Psych.*, novembre 1937.

Consulter aussi : POROT, BARDENAT et SUTTER. — Paralysie générale chez la mère et la fille. Précession de la maladie chez l'enfant. *Ann. Méd.-Psych.*, novembre 1937.

gligent et n'a de goût pour rien. C'est sans doute à cette époque que se place le début de la maladie (1933). Sa parente le reprend à la maison et elle est frappée par l'embarras de sa parole.

Dès lors, l'évolution de la maladie est très rapide : D... ne se nettoie plus, il se conduit en enfant et n'a pas de conversation. Envoyé en consultation à Bicêtre, puis à Vaugirard et à Henri-Rousselle, il est placé à Sainte-Anne, où le diagnostic de paralysie générale est confirmé par les examens biologiques (albumine 0,45 ; Pandy et Weichbrodt \pm ; leucocytes 10 ; benjoin 22220.02221.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke positifs). Il se présente alors sous l'aspect clinique d'un affaiblissement intellectuel général : inconscience de son état, inconsistance des projets, indifférence émotionnelle, incapacité de faire œuvre utile ; à ces troubles mentaux correspondent de la rigidité pupillaire, de la dysarthrie et du tremblement généralisé. Pendant son séjour à l'asile Sainte-Anne, il se montre par deux fois réfractaire à l'impaludation et à la stovarsolthérapie.

Etat présent du malade. — D... se présente à nous sous les dehors d'une démence globale, mais tranquille, qu'accompagnent de nombreux signes physiques classiques. Craintif et inconscient, il dit son nom, son âge, désigne le pays où il est allé à l'école ; sa mémoire de fixation semble plus touchée que celle d'évocation. Aucune idéation n'existe chez ce sujet, dont l'activité est réduite à l'extrême ; tout ce qui subsiste en lui, actuellement, c'est la constatation d'un attachement sincère pour sa tante. Aussi peut-on dire qu'il s'agit d'un état de déchéance complète.

Les signes physiques sont ceux que l'on retrouve classiquement dans la paralysie générale de l'adulte : visage atone, inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, *tremblement intense*, continu des muscles de la face et des lèvres, *embarras considérable de la parole*, proche du bredouillement, tremblement généralisé au niveau de la langue, des doigts et de la face.

De constitution physique vigoureuse, D... présente, outre des réflexes rotuliens et achilléens exagérés, de la diminution de la force musculaire au niveau des membres supérieurs ; on note également un clangor aortique, du clonus provoqué du pied gauche, une ébauche de Romberg. Nous n'avons jamais constaté de crises d'épilepsie depuis l'entrée chez ce malade, dont la démarche est lente, lourde, balancée.

Cet adolescent, au faciès congestif, est sujet à des épistaxis répétées ; il présente également quelques troubles d'ordre glandulaire : appareil pileux très peu développé aux aisselles, acrocyanose localisée principalement aux extrémités des membres et au niveau des oreilles.

Ayant subi deux traitements spécifiques avant son entrée dans le service, D... fut d'abord laissé au repos, mais la stovarsolthérapie avec absorption concomitante de gardénal, fut reprise le 6 août, après examen des yeux et dosage de l'urée sanguine (0 gr. 55 ‰). La dose

totale de la série était le 4 octobre de 20 gr. 50, les analyses des liquides humoraux donnèrent à ce moment les résultats suivants :

Sang: Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke positifs; urée, 0 gr. 44 ‰. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0 gr. 30 ; Pandy et Weichbrodt négatifs ; leucocytes 3 ; benjoin 11100.22210.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke positifs.

Une nouvelle série d'injections de stovarsol est recommencée depuis le 4 décembre ; nous tenterons de la porter à un total de 44 gr. 50 si le sujet ne manifeste pas d'intolérance.

OBSERVATION II. — *Paralysie générale à forme massive (syndrome d'idiotie acquise).*

Le jeune B... J... est entré à la colonie de Vaucluse le 8 mai 1937, à l'âge de 14 ans, accompagné du certificat suivant : « Est atteint d'idiotie avec épilepsie, troubles vasomoteurs très accusés des extrémités, stigmates dégénératifs. »

Antécédents personnels. — L'enfant s'est développé normalement jusqu'à l'âge de 18 mois. Il fait alors des accidents méningés pour lesquels il est hospitalisé aux Enfants-malades. Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien se révélèrent tels qu'un traitement au sulfarsénol fut institué. Les injections spécifiques furent abandonnées jusqu'en 1926, mais, depuis lors, c'est-à-dire depuis l'âge de 3 ans, le sujet a été soigné dans un dispensaire d'une façon ininterrompue.

Entre temps, B... dut être ramené en consultation en raison de l'apparition de crises d'épilepsie et de leur fréquence ; celles-ci, survenues en 1933, ne furent pas influencées par la thérapeutique, aux dires des parents.

Antécédents héréditaires. — Ils sont assez chargés :

La mère, spécifique, a toujours ignoré son état jusqu'au jour où une analyse de son sang fut faite par nos soins. Cette femme, qui connaissait l'origine des troubles de son fils, a eu un autre garçon, normal, mais de père différent.

Le père, ancien paludéen, est alcoolique et syphilitique ; il aurait eu des coliques de plomb en 1922, année de la naissance de notre sujet.

Rien à signaler dans la famille, à part des jumeaux dans la lignée de la grand'mère.

Marche de la maladie. — Les manifestations morbides du jeune B... se sont aggravées rapidement, depuis deux ans surtout : les crises épileptiques se rapprochent peu à peu jusqu'à constituer parfois un état de mal, le caractère de l'enfant se transforme ; il n'aime plus sortir ni jouer, il devient malpropre. La mère, qui accordait jusqu'alors à son fils une grande mémoire, s'aperçoit de l'affaiblissement de cette faculté.

Notre malade, enfin, qui a fréquenté l'école seulement à partir de 10 ans, a toujours présenté de la sialorrhée et parlé difficilement.

État actuel du sujet. — Actuellement, B... se présente dans un état

d'idiotie la plus complète, avec inexpressibilité du visage et absence totale du langage ; l'enfant se contente de marmotter. Nous n'insisterons pas sur les troubles de la mémoire, de l'attention, la faiblesse de son jugement, etc..., puisqu'il s'agit d'un affaiblissement global. Le sujet semble cependant conserver un certain degré d'affection pour son entourage. Son activité est naturellement très réduite, à part les heures de repas, où il s'alimente seul, quoiqu'avec une certaine difficulté. Calme et docile, B... passe son temps à froisser ou déchirer des papiers, à rouler de la laine sur des bobines, ou à se barbouiller avec ses matières fécales, car il est très malpropre.

Le syndrome physique est des plus nets ; on y relève des signes neurologiques et des symptômes d'ordre glandulaire.

B... J... frappe à l'examen par sa démarche hésitante, mal assurée, à petits pas ; il se dandine, talonne du pied gauche. Les membres inférieurs, d'ailleurs, présentent de l'atrophie musculaire et de l'hypotonie. On remarque également une sialorrhée abondante qui oblige à le changer plusieurs fois par jour.

Cet aspect général qu'accompagnent certains troubles glandulaires importants se complique de certaines modifications du côté des réflexes : styloradial, rotuliens et achilléens sont augmentés ; il y a ébauche de clonus au niveau du genou droit, il n'existe pas de Babinski, ni d'Oppenheim. A l'examen des yeux, on note des pupilles dilatées, inégales et irrégulières, avec coexistence d'un signe d'Argyll-Robertson ; les fonds d'yeux sont normaux.

Nous insisterons sur l'existence, chez B..., de crises d'épilepsie, survenant principalement au cours des interruptions de traitement ; 26 ont été constatées depuis son admission. Elles sont peu violentes, de courte durée (quelques secondes) assez espacées et sans relation avec des ictus du type épileptiforme ; elles ne provoquent pas, à leur suite, de manifestations stertoreuses ; le sujet reprend connaissance immédiatement après cessation des mouvements convulsifs.

Pas de troubles viscéraux, mais il existe de nombreux et gros stigmates d'hérédo-syphilis : oreilles mal ourlées, bosses frontales, voûte ogivale, dents à caractères d'Hutchinson, irrégularité, carie et mauvaise implantation dentaires.

Outre les signes neurologiques précédemment décrits, on note des signes glandulaires. En effet, B... est de petite taille pour son âge, les organes génitaux sont rudimentaires (avec ectopie testiculaire gauche) et il n'existe chez lui aucun caractère sexuel secondaire. Le système pileux fait totalement défaut aux aisselles et au pubis. On constate enfin des troubles vaso-moteurs importants au niveau des extrémités des membres : il s'agit d'une véritable acrocyanose avec infiltration œdémateuse.

Devant de tels symptômes d'ordre psychique et physique, nous avons été conduits à pratiquer des analyses biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien, qui ont confirmé notre diagnostic clinique de paralysie générale. Les résultats ont été pour le sang : Bordet.

Wassermann, Meinicke, Kahn positifs ; urée 0,37 ‰ ; pour le liquide céphalo-rachidien : albumine 0 gr. 40 ; Pandy + ; Weichbrodt = ; leucocytes 6 ; benjoin 22222.22222.10000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann positifs.

Dès son arrivée dans le service, le malade fut soumis, après examen des yeux et de la perméabilité rénale, à la stovarsolthérapie, combinée à l'absorption de gardénal. Malgré une dose totale de 20 gr. 50, injectée entre le 23 mai et le 22 juillet, aucune amélioration ne fut obtenue, hormis une légère diminution de l'acrocyanose, mais les examens biologiques se sont à la suite légèrement modifiés :

Sang : Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke positifs ; urée 0 gr. 37 ‰. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,28 ; Pandy, Weichbrodt ± ; leucocytes 6. Benjoin 12210.22221.00000 ; Meinicke négatif ; Bordet-Wassermann positif.

Un deuxième essai de traitement stovarsolique a été tenté à partir du 1^{er} septembre jusqu'au 1^{er} décembre, date à laquelle le malade a déjà reçu 30 gr. 50 de ce médicament ; nous poursuivrons la série jusqu'à 44 grammes.

Malgré cette thérapeutique intensive, il n'y a aucune amélioration dans l'état général de l'enfant ; cependant, les crises convulsives se sont un peu espacées. Pendant la période intercalaire du traitement (un mois neuf jours), B... a eu 10 crises d'épilepsie, alors qu'elles ont été seulement de 13 depuis le 1^{er} septembre, c'est-à-dire en trois mois. Il semble donc que le traitement ait agi favorablement en espaçant les manifestations convulsives.

Les deux sujets dont nous venons de vous décrire l'aspect clinique de la maladie, sont atteints de paralysie générale à type infantile et tous deux à *forme démentielle globale*.

Mais tandis que le premier (D... B...) a été à peu près normal jusqu'à l'âge de 12-13 ans et a présenté — à partir de ce moment — une méningo-encéphalite dont l'évolution a été assez rapide, le second (B... J...) a été traité, dès l'âge de 18 mois et jusqu'à l'époque actuelle, pour des accidents spécifiques, a toujours été un gros arriéré et s'est affaibli d'une manière si brusque et si totale depuis quelques mois seulement qu'il peut être confondu (et l'erreur de diagnostic a été faite par plusieurs médecins, à commencer par nous-mêmes), avec un malade atteint d'idiotie simple. On constate, chez lui, une démence massive (*forme massive* de la paralysie générale infantile), un véritable *syndrome d'idiotie acquise* caractérisé par la présence — à côté des troubles intellectuels dominants — de symptômes neurologiques, glandulaires et vaso-moteurs. Notre premier malade (D... B...), au contraire, ressemble à un paralytique général adulte ; il a évolué beaucoup plus lentement que B... J..., quoique

d'une façon très progressive, la démence est moins massive, il présente, en outre, des signes physiques importants, notamment une forte dysarthrie et un tremblement très marqué de la langue, des lèvres et des muscles de la face. C'est bien le type du paralytique général classique et il ne peut être confondu avec un sujet atteint d'arriération mentale profonde. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé le terme de « *forme évolutive* » pour désigner cette variété spéciale de méningo-encéphalite chez les jeunes sujets, si différente de la « *forme massive* ».

Celle-ci (*forme massive*) semble bien survenir plus spécialement — ainsi que nous l'avons noté dans nos publications antérieures — chez les malades atteints d'arriération intellectuelle depuis leur plus jeune âge, comme c'est le cas pour B... J... Et il est souvent bien difficile, dans ces conditions, de connaître le début exact des troubles intellectuels d'origine purement méningo-encéphalitique.

Nous signalerons également la présence et la fréquence des crises comitiales chez l'un de nos jeunes sujets (B... J...), accès convulsifs très courts, sans stertor, nullement comparables aux ictus épileptiformes des paralytiques généraux. Le Professeur Roger (de Marseille) a insisté récemment sur ces manifestations convulsives qu'on rencontre parfois chez les enfants atteints de méningo-encéphalite.

Nos malades présentent tous deux des troubles endocriniens et vaso-moteurs, surtout accusés chez le second (B... J...). Celui-ci est caractérisé par l'absence de caractères sexuels secondaires (poils, etc...), par la non-apparition de la puberté et par une véritable acrocyanose des extrémités.

Rappelons, en terminant, que l'effet du traitement est *nul* chez ces jeunes sujets et que le processus morbide ne cesse d'évoluer — ainsi que nous l'avons montré avec M. Marchand (1) — malgré une thérapeutique intensive appropriée.

Nos deux malades n'échappent pas à cette règle : D... B... s'est révélé réfractaire à l'impaludation et à la stovarsolthérapie. Il n'y a aucune amélioration chez B... J... En dépit du traitement stovarsolique continu et longtemps prolongé, le syndrome humoral (sang et liquide céphalo-rachidien) est resté sensiblement le même, sauf dans un cas où l'on a constaté une légère réduction du taux de l'albumine (B... J...) et, chez les deux sujets, une

(1) L. MARCHAND, M. BRISSOT et P. DELSUC. — Evolution progressive d'une paralysie générale infantile, malgré un traitement stovarsolique intense, chez un hérédo-syphilitique traité dès la naissance (considérations anatomo-pathologiques). *Annales Méd.-Psych.*, janvier 1937.

évolution dans un sens favorable de la formule du Benjoin colloïdal.

Nous avons noté enfin, chez le jeune D... B..., une régression sensible de l'urée sanguine (de 0 gr. 55 à 0,25 0/00), due vraisemblablement à l'action de la chimiothérapie.

M. MARCHAND. — A propos des deux intéressants malades présentés par MM. Brissot et Maillefer, je ferai remarquer que ce sont là deux exemples remarquables qui montrent que la même maladie cérébrale peut déterminer deux syndromes neuropsychiques différents, suivant l'âge auquel elle survient. Dans le premier cas, la paralysie générale a débuté à 12 ans, alors que le cerveau était déjà assez développé et le syndrome rappelle la paralysie générale de l'adulte à forme dementielle. Le sujet ne présente aucun stigmate d'hérédosyphilis. Chez le deuxième malade, l'affection cérébrale a débuté à dix-huit mois ; elle a entraîné un arrêt du développement cérébral, ainsi que l'épilepsie, et aujourd'hui, ce sujet ressemble à un simple idiot épileptique. Ce sont les résultats de la ponction lombaire et de l'examen du sang qui ont permis de poser le diagnostic de paralysie générale. Ce sujet porte de nombreux stigmates d'hérédosyphilis, entre autres des dents d'Hutchinson et des bosses frontales très proéminentes. Quand l'affection débute dans la première enfance, l'évolution de la paralysie générale se fait souvent par poussées en plusieurs temps, et entraîne d'abord, soit des convulsions infantiles, soit des crises d'épilepsie. Mais il s'agit toujours du même processus entraînant des réactions différentes du parenchyme cérébral suivant l'âge du malade. Quand, avec mon maître, M. Toulouse, nous avons publié, en 1899, les premiers cas d'idiotie par paralysie générale, nous ne connaissions pas la ponction lombaire et les réactions spécifiques du sang. C'est l'examen histologique du cerveau qui nous a permis de montrer qu'il y avait des cas de paralysie générale infantile qui simulaient l'idiotie. Actuellement, le diagnostic clinique peut être facilement posé.

M. Th. SIMON. — Il serait intéressant de faire systématiquement l'analyse du liquide céphalo-rachidien de tous les enfants idiots, puisque c'est elle qui a fait découvrir ces paralysies générales méconnues. Pour ce qui est de l'autre forme de paralysie générale infantile, celle qui frappe des enfants apparemment normaux mentalement, j'ai l'impression qu'elle se caractérise par l'intensité des troubles moteurs : tremblements, dysarthrie, etc...

M. HALBERSTADT. — Vers 1910, j'ai, avec Arsimoles, consacré un travail à la paralysie générale dans les *Annales Médico-psychologiques*. A cette époque, où la ponction lombaire était peu connue, c'est sur l'état mental, sur l'euphorie, que nous faisons le diagnostic. Ce fut le cas pour un enfant qui mourut et dont le cerveau, examiné par M. Léri, présentait les lésions typiques de la maladie.

M. COURBON. — Le premier des deux malades a été vainement impaludé par moi et soumis à la stovarsolthérapie avant son évacuation sur la colonie de Vaucluse. Préalablement, il avait déjà été présenté à notre réunion du 12 décembre 1935 par M. Pichard, Mme André et M. Leconte.

M. SCHIFF. — Le D^r Brissot a bien voulu retrouver, chez ses deux malades, cette évolution en deux temps de la paralysie générale juvénile que j'avais notée en 1926, lors d'une présentation, à la Société Médico-psychologique, puis en 1928, à l'occasion d'un nouveau cas, avec Courtois. Cette évolution en deux temps, frappante chez nos deux sujets, se vérifiait aussi dans les histoires cliniques rapportées au cours d'un travail d'ensemble par Mme Schmidt-Kräpelin.

Chez les malades de MM. Brissot et Maillefer, la faillite psychique rapide avec agitation, succédant à une longue période de débilité mentale torpide, a eu lieu également à l'âge habituel de la révolution pubertaire. Il me semble qu'on puisse, à titre d'hypothèse, attribuer à cette phase critique l'essaimage du spirochète dans le cerveau et la poussée de méningo-encéphalite.

Chez ces malades, enfin, la malariathérapie et la stovarsolthérapie se sont montrées, comme nous le constatons, inefficaces. Cette résistance du cerveau juvénile à des médications si actives chez le paralytique adulte pose plus d'un problème.

M. BRISSOT. — Comme le dit M. Simon, il y aurait lieu de faire la ponction lombaire chez tous les idiots. Sur ceux que j'ai ponctionné, j'ai trouvé les réactions paralytiques positives deux fois. Je ferai remarquer à M. Schiff que, si l'un de mes malades est pubère, l'autre n'a aucun signe de puberté.

La séance est levée à 11 heures.

Les Secrétaires des séances :
Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

Séance du 23 Décembre 1937

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Décès de M^{lle} le D^r C. Pascal

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, *président*, annonce la mort de M^{lle} le D^r C. PASCAL, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique. Il fait part à la Société de la volonté formelle exprimée, avant sa mort, par M^{lle} Pascal qu'aucun discours ne soit prononcé et que la date de ses obsèques ne soit pas annoncée. Il s'incline, avec regret, devant cette dernière volonté d'une collègue dont l'œuvre féconde est très estimée de tous.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 18 novembre et le procès-verbal de la séance du 22 novembre sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de Mme le D^r CROZET, et de MM. les D^{rs} Louis ANGLADE, DAUMÉZON et DOUSSINET, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

des lettres de MM. les D^{rs} BEJERMAN, GAROPHALIDÈS, MILLAN et DE MORSIER, qui remercient la Société de les avoir élus *membres associés étrangers* ;

des lettres de MM. les D^{rs} DELMOND, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Hœrdt, FERDIÈRE, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, SCHERRER, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bailleul,

THUILLIER, d'Amiens, ex-médecin de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants* ; la Société désigne une Commission composée de MM. PAUL ABÉLY, MARCHAND et GOURIOU, chargée de l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu le lundi 24 janvier 1938 ;

une lettre de M. le Professeur PFERSDORFF, de Strasbourg, qui pose sa candidature à la place de *membre titulaire* non résidant déclarée vacante ; la Société désigne une Commission composée de MM. ABADIE, Ch. BLONDEL, René CHARPENTIER, EUZIÈRE et LÉPINE : le vote aura lieu à la séance du lundi 24 janvier 1938 ;

une lettre de M. le Dr JULIAN DRETLE, médecin-neuropsychiatre de Cracovie, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, SIMON et CARRETTE, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu le lundi 24 janvier prochain ;

une lettre de M. le Président de la Société Médicale de Climatologie et d'Hygiène du Littoral Méditerranéen, annonçant l'organisation d'un *Congrès de cosmobiologie*, sur la Côte d'Azur, pour Pâques ou pour la Pentecôte 1938.

Rapport de la Commission des finances

Exercice 1937

M. PACTET. — Messieurs, l'avoir de la Société, y compris les sommes dont elle est comptable au titre des prix à

décerner, était, le 22 décembre 1936, de	35.937 51
Les recettes de 1937 ont été de	55.618 70

Total	91.556 21
-------------	-----------

Les dépenses de 1937 ont été de	56.925 42
---------------------------------------	-----------

Il reste donc en caisse un avoir global de	34.630 79
--	-----------

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique	26.180 09
------------------------------------	-----------

En dépôt au titre des prix à décerner :

Prix Aubanel	4.351 60	} 8.450 70
Prix Belhomme	1.490 »	
Prix Moreau de Tours	300 »	
Prix Christian	2.309 10	
	8.450 70	

Total	34.630 79
-------------	-----------

Les rentes annuelles se décomposent ainsi :

Société médico-psychologique	1.967 40
Prix Aubanel	720 »
Prix Belhomme	270 »
Prix Moreau de Tours	90 »
Prix Christian	271 80
<hr/>	
Total	3.319 20

Il reste donc au 23 décembre 1937 un solde créditeur de 34.630 fr. 79.

Après avis de la *Commission des Finances*, la Société, à l'unanimité des membres présents, approuve les comptes de 1937 et le budget de 1938 et vote des félicitations au D^r COLLET, *trésorier-archiviste*.

Rapport du Secrétaire général

M. COURBON. — L'activité de la Société, stimulée par la présence à Paris de nombreux psychiatres de toutes les régions de la France et de tous les pays du monde, à l'occasion de l'Exposition Internationale, a été particulièrement fructueuse cette année, comme le prouvent les chiffres suivants, concernant les adhésions nouvelles et les questions scientifiques débattues.

26 membres associés étrangers ont été élus : 5 Hollandais, 3 Allemands, 3 Argentins, 3 Portugais, 2 Mexicains, 2 Suisses, 1 Américain des Etats-Unis, 1 Anglais, 1 Chilien, 1 Grec, 1 Luxembourgeois, 1 Polonais, 1 Roumain, 1 Suédois, ce qui porte à 195 le nombre des membres associés étrangers.

13 membres correspondants nationaux et 7 membres titulaires ont été élus, ce qui porte à 447 le nombre total des membres de la Société.

19 séances ont été tenues et parmi les auteurs on compte 13 collègues étrangers : 3 Belges, 3 Portugais, 2 Suisses, 1 Allemand, 1 Américain, 1 Espagnol, 1 Italien, 1 Roumain.

Parmi les questions qui figurèrent à nos programmes, je me contenterai de signaler celle des hallucinations qui occupa plusieurs mois, et celle de l'hystérie qui fut l'objet d'un remarquable rapport du professeur Claude et à la discussion de laquelle 14 orateurs prirent part dans la séance exceptionnelle du 26 juillet. Cette date de la mise à l'étude de l'état mental des hystériques, venant deux ans après que le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes en fit la matière de ses travaux, est à retenir, car, pendant longtemps, elle semblait en France n'intéresser que les neurologistes.

La Société avait à décerner, cette année, le prix Aubanel qui est triennal et le legs Christian qui est annuel. Aucun candidat ne s'est

présenté pour le legs Christian qui, pourtant, depuis deux ans, a été porté à 1.000 fr. En 1936, il ne fut pas distribué non plus, le candidat ne réunissant pas les conditions requises. Le prix Aubanel de 3.000 fr. fut partagé entre les deux candidats qui le briguaient.

La Société aura à décerner, en 1938, le prix Moreau de Tours de 200 fr., le legs Christian de 1.000 fr.

L'an prochain, il y aura cent ans que fut promulguée la loi de 1838 qui régit encore en France, sous l'euphémisme récent d'hôpitaux psychiatriques, les établissements appelés jusqu'à cette année asiles d'aliénés, où sont soignés les malades mentaux. Votre Conseil d'administration vous propose de célébrer ce centenaire, en consacrant la séance du lundi 23 mai à l'étude de cette loi, et à la considération des critiques et des réformes dont elle est passible. Notre collègue, le Dr FILLASSIER, qui précisément sera en 1938 notre président, et dont nous savons tous que le savoir médical s'accompagne d'une très rare compétence en matière juridique et administrative, veut bien se charger d'un rapport sur cette question.

Je remercie le Directeur des *Annales*, le Dr René CHARPENTIER, de conserver pour notre Société le même dévouement que lorsqu'il en était le Secrétaire général, et notamment d'avoir bien voulu assurer la publication de notre *Bulletin*, en dépit de la crise économique, aux conditions avantageuses que vous avez votées en mai dernier.

Je remercie également le trésorier-archiviste, Georges COLLET, les secrétaires des séances, Paul ABÉLY, que la maladie nous fit le chagrin de retenir si longtemps éloigné de nous, et Paul CARRETTE, à qui l'absence de son collègue imposa un supplément de tâche.

Election du Bureau de la Société pour l'année 1938

Conformément à l'article 5 des Statuts et à l'article 35 du Règlement, le Bureau, renouvelé chaque année, est élu par la Société, parmi les membres titulaires, à la majorité absolue, en séance publique, au scrutin secret.

Seuls les membres titulaires et les membres honoraires ont le droit de vote aux diverses élections de la Société.

Président

M. le Dr O. FILLASSIER, vice-président, devient de droit *président* de la Société pour l'année 1938.

Election du vice-président

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. LAIGNEL-LAVASTINE	20 voix.
CAPGRAS	1 —
GUIRAUD	1 —
LHERMITTE	1 —
Bulletin blanc	1 —

M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE est élu *vice-président* de la Société pour 1938. Conformément à l'article 5 des Statuts, il sera de droit président de la Société pour 1939.

Election du secrétaire général

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. le D ^r Paul COURBON	24 voix.
Bulletin blanc	1 —

M. le D^r Paul COURBON est réélu *secrétaire général* de la Société médico-psychologique.

Election du trésorier-archiviste

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. le D ^r COLLET	23 voix.
Mlle le D ^r CULLERRE	1 —
Bulletin nul	1 —

M. le D^r Georges COLLET est réélu *trésorier-archiviste* de la Société médico-psychologique.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. Paul ABÉLY	24 voix.
Paul CARRETTE	24 —

MM. les D^{rs} Paul ABÉLY et Paul CARRETTE sont réélus *secrétaires des séances* de la Société médico-psychologique.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1938

Le Bureau de la Société est ainsi composé pour 1938 :

Président : M. le D^r O. FILLASSIER.

Vice-Président : M. le P^r LAIGNEL-LAVASTINE.

Secrétaire général : M. le D^r Paul COURBON.

Trésorier-archiviste : M. le D^r Georges COLLET.

Secrétaires des séances : MM. les D^{rs} Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. Paul ABÉLY, BEAUDOUIN et DUPOUY, pour examiner la candidature du D^r Jean ROYER, il est procédé au vote :

Nombre de votants 24

Majorité absolue 13

A obtenu :

M. ROYER 24 voix.

M. le D^r Jean ROYER, médecin-chef du quartier des aliénés de l'hôpital de Poitiers, est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1938, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. VURPAS et René CHARPENTIER, le Bureau se constituera en *Conseil d'administration*.

Commission des Finances

Conformément à l'article 8 du Règlement, une Commission spéciale est chargée de recevoir, chaque année, dans la seconde quinzaine de décembre, le compte rendu de la gestion de la Trésorerie.

MM. les D^{rs} PACTET et CAPGRAS sont, à l'unanimité, réélus membres de la Commission des Finances.

Prix de la Société Médico-Psychologique

Le Secrétaire général rappelle que le délai pour le dépôt des candidatures et des mémoires, pour les prix à décerner en 1938 par la Société, expire le 31 décembre 1937. Toute demande parvenue au Secrétaire général après cette date ne pourrait, éventuellement, participer qu'au concours de 1939.

SEANCE ORDINAIRE

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

COMMUNICATIONS

Syndrome de Korsakoff au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Confusion onirique avec paraplégie atypique, par MM. CAPGRAS, J. LHERMITTE, AJURIAGUERRA et DOUSSINET.

Bien que les accidents cérébraux liés à la localisation du virus rhumatismal sur le système nerveux ne soient pas très exceptionnels, l'état de nos connaissances relatives aux lésions responsables de la survenance des perturbations psychiques associée à la polyarthrite aiguë, demeure très rudimentaire. Le volume du grand Traité de Psychiatrie de Bumke, spécialement consacré à l'anatomie des Psychoses, n'en fait pas mention ; et dans le volumineux *Handbuch der Neurologie*, encore plus récent, publié sous la direction de Foerster et de Bumke, c'est à peine si le rédacteur, M. G. Stertz, consacre quelques lignes au rhumatisme aigu pour affirmer, ce dont on ne doutait point, que la chorée rhumatismale ne dépend pas toujours de foyers emboliques.

Nous versions donc, au dossier du rhumatisme cérébral, une observation nouvelle qui nous semble digne d'être retenue au double point de vue clinique et anatomique.

OBSERVATION CLINIQUE. — Mme Auz..., 42 ans, élevée par les soins de l'Assistance Publique. Antécédents héréditaires complètement inconnus. Deux enfants bien portants ne présentant pas de troubles psychopathiques. Les renseignements recueillis paraissent établir de façon certaine que la malade ne faisait aucun excès de boisson.

Première crise de rhumatisme articulaire aigu à 11 ans, nombreuses crises ultérieures, dont trois particulièrement importantes et graves.

En 1924, un épisode dépressif imprécis, mais certain succède à une

crise rhumatismale des plus sérieuses. Les troubles mentaux ne nécessitent pas l'internement. La guérison est complète après leur régression.

En 1928-29, grossesse et accouchement suivi d'un épisode infectieux mal déterminé qui se termine par un nouvel accès dépressif avec idées de suicide.

En décembre 1935, la malade est hospitalisée pour néoplasme de l'utérus et traitée par radiumthérapie. Dirigée dans la suite sur un hospice d'incurables, elle y a séjourné jusqu'à ces derniers temps et s'est trouvée, de ce fait, dans l'impossibilité matérielle de se livrer à des excès éthyliques.

Dans les premiers jours d'avril 1937, une nouvelle poussée de rhumatisme articulaire aigu se déclare : la fièvre est élevée (aux environs de 39°). Les manifestations articulaires localisées aux grosses articulations se caractérisent par l'intensité de phénomènes douloureux. L'atteinte endocarditique se confirme d'emblée.

Parallèlement, apparition de troubles mentaux légers où dominent des idées de persécution et d'empoisonnement, n'entraînant d'autres réactions au début qu'un refus de soins et de médicaments.

Rapidement, les douleurs articulaires disparaissent, laissant au premier plan les manifestations cardiaques et le syndrome mental. On assiste à l'installation et au développement rapide d'un état confusionnel de type onirique qui rend nécessaire le transfert dans le service d'isolement d'un grand hôpital parisien, vers le huitième jour de la maladie.

Le diagnostic de psychose polynévritique est alors porté : la marche et la station debout sont impossibles, les réflexes tendineux paraissent abolis aux membres inférieurs. Le syndrome confusionnel évolue vers un état de prostration diurne avec exagération nocturne de l'onirisme. Aux souffles endocarditiques du début s'ajoutent maintenant des frottements péricardiques et des troubles du rythme, réalisant malgré le traitement salicylé une véritable pancardite.

Le 20 avril, l'internement à Sainte-Anne est décidé.

Le 22 avril, la température se maintient toujours autour de 39°. La malade prend difficilement de petites quantités de liquide. On note du subictère des conjonctives, du tremblement des extrémités, les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis, ceux des membres supérieurs sont conservés. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. L'atrophie des masses musculaires est assez marquée aux membres inférieurs, la force musculaire semble néanmoins conservée. La motricité, la malade étant allongée sur le plan du lit, ne paraît pas très diminuée. Les sensibilités tactiles et douloureuses sont nettement émoussées ; la sensibilité thermique est conservée, la sensibilité profonde le paraît également.

Il n'y a pas d'atteinte des nerfs crâniens, pas de signes méningés. Le syndrome mental est fait de confusion avec désorientation, amnésie de fixation, fausses reconnaissances spontanées et de manifesta-

tions oniriques. On note l'absence complète de fabulation même provoquée. La malade manifeste de vagues idées délirantes de persécution et d'empoisonnement, s'oppose aux soins médicaux, refus notamment d'absorber sa solution de salicylate de soude.

La matité cardiaque est considérablement augmentée, débordant à droite le bord sternal de trois travers de doigts. Les bruits du cœur sont sourds, très arythmiques, on note la présence d'un souffle systolique de la pointe, intense, rapeux, à propagation axillaire et de frottements péricardiques variables dans le temps, mais fixés dans leur localisation.

Le pouls est à 120, la tension artérielle donne 9-5 au Vaquez. L'urée sanguine est à 0 gr. 60, le Wassermann et le Meinicke sont négatifs.

A partir de cette date, l'évolution mortelle vers le collapsus hyperthermique se fit *en sept jours* exactement. Elle fut caractérisée au point de vue mental par l'accentuation progressive de l'obnubilation et de la prostration. Dès le 23 avril, la malade ne répondait plus aux questions. Le tableau était fait, en outre, de manifestations d'onirisme tranquille et de quelques fausses reconnaissances spontanées. L'opposition de moins en moins consciente et active s'atténua jusqu'à disparaître le 26.

L'évolution de la paraplégie fut marquée, au contraire, par une variabilité assez singulière des réflexes tendineux, paraissant se modifier d'un jour à l'autre, et même d'une heure à l'autre.

Le 22 avril, achilléens et rotuliens paraissent complètement abolis des deux côtés.

Le 23 avril, vers 11 heures, même constatation ; vers 13 heures, on constate toujours l'abolition des rotuliens, mais la présence des deux achilléens est par contre manifeste.

Le 24 avril, vers 11 heures, les achilléens sont toujours nets, le rotulien droit peut seul être mis en évidence ; vers 13 heures, les rotuliens sont à peu près disparus ; il n'y a aucune contraction du quadriceps à droite, une légère contraction du quadriceps à gauche.

L'action du salicylate de soude, administré par la voie intraveineuse et par la voie buccale, à la dose théorique de 14 gr. par jour, mais pratiquement inférieure étant donnée la difficulté de l'alimentation, fut apparemment sans effet sur l'évolution des signes cardiaques et du syndrome mental. Certaines modifications des réflexes ont pu paraître consécutives à l'injection intraveineuse de salicylate, mais sans pouvoir toutefois entraîner la conviction.

La malade succombe, le 26 avril, dans l'adynamie, sans avoir présenté de symptôme nouveau.

En résumé, chez une femme adulte, non entachée d'éthylisme, surviennent, au cours d'une poussée de polyarthrite rhumatismale du type Bouilland, des perturbations importantes du psychisme à caractère confusionnel avec onirisme, désorientation, fausses reconnaissances, idées assez floues de persécution. A ce syn-

drome mental, s'associait un tableau neurologique caractérisé par une perte de la motricité des membres inférieurs et, fait à retenir, car il est caractéristique du rhumatisme aigu articulaire à forme nerveuse, par des oscillations rapides dans le régime des réflexes tendineux, ceux-ci apparaissant et disparaissant dans le cours d'une même journée. Qu'il s'agisse, dans ce fait, d'une authentique maladie de Bouilland, nous en avons déjà la preuve dans les traits mêmes du syndrome polyarticulaire, mais la démonstration en était encore apportée par l'existence d'une lésion cardiaque évolutive.

Les constatations anatomiques s'accordent pleinement avec ce que nous avaient permis de saisir les manifestations cliniques.

ETUDE ANATOMIQUE. — A) *Les viscères.* — *Le cœur* est très augmenté de volume, et l'endocarde comme le péricarde ont perdu leur surface brillante, laquelle a pris un aspect rugueux. Histologiquement, nous avons constaté : 1° une augmentation considérable de l'épaisseur des travées conjonctives interfasciculaires, et 2° des nombreux nodules d'Aschoff, à différents stades de leur développement.

L'hypophyse assez volumineuse présente une multiplication de ses cellules acidophiles.

Les reins ne présentent pas de lésions.

B) *Système nerveux central.* — Macroscopiquement, le cerveau ne laisse reconnaître aucune modification apparente.

Microscopiquement, les coupes que nous avons pratiquées sur les différents lobes cérébraux, sur les ganglions opto-striés, la région hypothalamique, les pédoncules cérébraux, la protubérance, le bulbe et le cervelet, à l'aide des techniques classiques : éosine-hématoxyline, Bielschowsky, Nissl, Hortega pour la microglie, Loyez pour les fibres myéliniques, nous ont permis de constater les faits suivants :

Sur aucune partie des circonvolutions n'apparaît de lésion vasculaire : ni œdème périvasculaire, ni prolifération cellulaire dans les gaines de Virchow-Robin, ni dilatations ou extravasations vasculaires. Ce qui frappe, c'est l'intensité et l'étendue des modifications cytologiques. Aucune circonvolution n'est ménagée par le processus morbide, bien que certaines régions se montrent plus atteintes que d'autres. La lésion essentielle consiste dans la dissolution des corps chromatiques de Nissl, la fragmentation des noyaux et des nucléoles, l'effritement du protoplasma, la réduction de nombreux éléments à l'état d'ombres cellulaires (Zellenschatten), la disparition de nombre de dendrites ou leur dissolution. Pauvre réaction névroglique attestée par quelques rares figures de neurophagie.

Dans les noyaux opto-striés (couche optique, noyaux lenticulaire et caudé) les altérations des éléments nerveux affectent les mêmes caractères. Ici, comme sur les circonvolutions, nous retrouvons le même processus de cytolyse et de caryolyse sans réaction névroglique mar-

quée, à l'exception cependant pour le noyau lenticulaire dans lequel, à la cytolyse des cellules nerveuses, se joint une prolifération des cellules microgliales très nettement appréciable grâce à la méthode argentique de del Río Hortega.

Remarquons également que les altérations cytologiques ne frappent pas également le thalamus et les corps striés. Sur la couche optique, le processus cytolytique apparaît discret, tandis qu'il se montre très accusé sur le noyau lenticulaire par exemple. La plupart des éléments cellulaires de cette formation sont en voie de dissolution et il ne reste, pour ainsi dire, aucune cellule dont la structure soit conservée normale. Les grands éléments du striatum sont en lyse complète, tandis que nombre de petites cellules du Putamen montrent une dégénérescence vacuolaire. Pas de phénomènes de neurophagie.

Le *noyau rouge* offre les mêmes altérations et de la même intensité que sur les corps striés.

Les corps mamillaires et les centres de la région hypothalamique ne contiennent guère que des éléments en cytolyse et en caryolyse plus ou moins complètes. Relevons ce point intéressant que les altérations des corps mamillaires sont éclatantes.

Locus niger. — Cellules à pigment bien conservées, tranchant par leur intégrité avec les éléments corticaux et sous-corticaux.

Cervelet. — Atrophie volumétrique, réduction numérique des cellules de Purkinje dont les éléments restants se présentent très altérés, en cytolyse et en caryolyse. Par l'imprégnation argentique, l'on découvre l'abrasion des dendrites des cellules purkinjiennes.

Bulbe. — Atrophie manifeste des cellules de l'olive du type de l'atrophie sénile ; cytolyse des cellules des noyaux du plancher ventriculaire et spécialement du noyau dorsal du vague.

L'examen histologique dont nous venons de donner un résumé aussi condensé que possible montre en pleine lumière, et tout ensemble, le caractère spécial des lésions et leur grande monotonie.

Que voyons-nous, en effet ? Un processus essentiellement diffus de cytolyse, de chromolyse et de caryolyse aboutissant à la fonte des neurones, contrastant avec une pauvreté frappante de la réaction névroglique. Celle-ci ne peut être réellement décelée que dans les noyaux lenticulo-caudés. En outre, on ne saurait trop souligner, à notre sens, l'extension de ces altérations à toutes les couches de la corticalité cérébrale, comme aussi au cervelet, à la région infra-thalamique et enfin aux noyaux végétatifs du bulbe.

Ainsi qu'on le voit, nous sommes en présence d'un processus strictement limité au seul tissu ectodermique puisque, dans aucun segment du névraxe, nous n'avons pu mettre au jour la

plus légère atteinte du tissu mésodermique des méninges ou des axes conjonctivo-vasculaires. De telles altérations cadrent très exactement avec quelques données anatomiques que l'on retrouvera dans la littérature et apparentent ainsi le rhumatisme cérébral à la chorée aiguë de Sydenham dont on sait aujourd'hui l'étiologie rhumatismale fréquente. Ici, comme là, les lésions s'affirment marquées sur le tissu ectodermique (neuro-épithélial de Renaut) et semblent se rattacher à un facteur d'ordre toxi-infectieux.

Est-il besoin que nous ajoutions que les constatations que nous venons d'exposer n'épuisent pas tous les aspects que peut revêtir la localisation cérébro-spinale de la maladie de Bouillaud, que très probablement, à l'exemple de la chorée (Lhermitte et Pagniez), le rhumatisme cérébral peut créer plusieurs tableaux anatomiques. C'est assez dire tout l'intérêt que comportent les recherches dirigées dans le but de déterminer plus rigoureusement les caractères spécifiques des altérations cérébro-spinales dont s'accompagne trop fréquemment le rhumatisme aigu de Bouillaud.

M. MARCHAND. — La communication de M. Lhermitte m'a particulièrement intéressé. Les lésions cérébrales qu'il vient de nous décrire sont celles que j'ai constatées dans les deux cas qu'il m'a été donné d'examiner, l'un avec Roger Mignot, l'autre avec Toulouse et Courtois. Il s'agit de lésions aiguës diffuses portant sur les cellules nerveuses avec très peu de réactions vasculaires et méningées.

M. Lhermitte nous dit qu'il a observé les mêmes lésions dans le putamen de sujets morts de chorée rhumatismale et qu'il est impossible, par le seul examen histologique, d'établir un diagnostic entre le rhumatisme cérébral et la chorée rhumatismale aiguë. J'accentuerai encore ses remarques en ajoutant que l'on trouve les mêmes lésions, qu'il vient de nous montrer dans ses projections, dans le délire aigu dont les causes étiologiques sont extrêmement diverses. L'histologiste constate ces lésions diffuses, mais ne peut en déduire quel était le tableau clinique.

Il est regrettable que, dans ce cas, avec troubles paralytiques des membres inférieurs, l'examen de la moelle et des nerfs périphériques n'ait pas été pratiqué. Il aurait été intéressant de préciser s'il s'agissait de polynévrite ou plutôt de lésions aiguës portant sur les cellules des cornes antérieures de la moelle lombaire.

Quant aux formes monosymptomatiques de rhumatisme céré-

bral sans rhumatisme articulaire, je n'y crois pas. J'ai pratiqué l'autopsie de plus de cent sujets morts de délire aigu et jamais je n'ai constaté d'endocardite.

M. LHERMITTE. — Avec M. Klippel, nous avons, en 1904, fait l'autopsie complète d'un malade mort de rhumatisme cérébral. Et nous avons trouvé des lésions médullaires, mais non névritiques. D'ailleurs, le syndrome n'était pas celui d'une polynévrite ; c'est ainsi qu'il y avait, non pas abolition permanente, mais oscillation des réflexes ostéotendineux.

J'approuve ce qu'a dit M. Marchand concernant l'impossibilité d'identifier la nature étiologique des lésions du délire aigu. On ne peut admettre, comme l'affirment certains auteurs, dont Targowla, qu'un délire aigu est de nature rhumatismale parce que le salicylate de soude est efficace, car le salicylate est efficace dans bien d'autres états infectieux, tels que l'encéphalite épidémique.

M. René CHARPENTIER. — Il est d'ailleurs des rhumatismes articulaires aigus sur lesquels le salicylate de soude est sans action. On ne peut guère se servir de ce critérium.

Sur la méthode de D. Anglade pour l'étude de la névroglie.

Intérêt neuro-psychiatrique de cette étude. Précisions techniques opportunes (Présentation de préparations histo-pathologiques et de micro-photographies en couleur du laboratoire de l'Hôpital psychiatrique de Villejuif), par MM. R. ANGLADE, M. ROUGEAN et P. ROYER.

La méthode de D. Anglade pour la coloration de la névroglie passe, aux yeux de techniciens très avertis, pour être capricieuse, infidèle et, en somme, d'une pratique décevante.

Le Professeur Ivan Bertrand, qui fait autorité en la matière et dont le livre « Techniques histologiques de neuropathologie » est, à bon droit, entre les mains de tous les histopathologistes du système nerveux, déclare même que cette méthode est abandonnée, en indiquant exactement pourquoi.

Comme, par ailleurs, il n'a été élevé aucune critique contre les résultats eux-mêmes qui furent hautement appréciés par Carl Weigert et Ramon y Cajal pour ne citer que ceux-là ; comme, d'autre part, il n'est pas venu à notre connaissance que les images microscopiques obtenues par d'autres méthodes soient sensiblement plus exactes, il semble que nous soyons autorisés à

ne pas laisser ainsi condamner sans appel la méthode de D. Anglade. Et cela, sans encourir le reproche de la défendre envers et contre tout pour des questions de sentiments qui n'ont rien à voir dans la recherche scientifique.

Il faut, en toute liberté d'esprit, examiner les critiques qui, disons-le bien vite, ne sont pas toutes injustifiées. C'est ainsi que le grief d'infidélité, de caprices, n'est pas tout à fait sans fondement. Il arrive, en effet, que parfois des pièces, apparemment bien traitées à tous les stades, s'avèrent, en fin de compte, d'une coloration difficile ou même impossible. On éprouve de ces déboires avec toutes les méthodes. Carl Weigert les avouait pour la sienne qui se refusait en outre à lui révéler la névroglie animale au lieu que la méthode d'Anglade, rappelons-le en passant, la fait bien voir. Des travaux d'anatomie comparée sur la glande pinéale, la moelle de diverses espèces animales, ne laissent aucun doute à cet égard. Il y a même lieu de signaler que la névroglie des espèces animales est très régulièrement mise en évidence par cette méthode, sans doute parce qu'elle est fixée précocement, avant les altérations cadavériques, ce qui n'est pas toujours le cas pour la névroglie humaine. Or, les éléments névrogliques sont très délicats, ce qui explique que Wirschow, que Ranvier aient à peine réussi à en apercevoir quelques éléments. Son aspect véritable a été révélé pour la première fois par Carl Weigert avec une méthode dont se sont inspirées plus ou moins toutes celles qui sont venues après.

Il n'en demeure pas moins certain, qu'avec la méthode d'Anglade, les échecs sont d'autant plus rares que la technique est plus rigoureusement suivie.

Notre expérience nous a conduit à cette conviction que ces échecs, s'il y en a, malgré la rigueur technique, sont imputables à des fixations tardives ou à des pièces préalablement altérées. Or, il n'a pas dépendu toujours du praticien qu'il en fût autrement.

On trouvera, au bas de cette communication, l'exposé de la technique avec une mise au point exacte.

L'originalité de la méthode consiste dans le procédé de fixation en deux temps. Tout d'abord, séjour dans le sublimé à 70/0 de pièces récoltées par fragments qui peuvent avoir d'assez grandes dimensions, pourvu que l'épaisseur ne dépasse pas un centimètre. Après cinq heures de séjour dans cette solution, réduire de plus de la moitié l'épaisseur de la pièce et la placer dans le liquide osmiochromique d'Anglade. C'est l'acide osmique qui est le fixateur idéal de la névroglie de l'homme et des ani-

maux. Mais, même à faible dose, il la fixerait trop brutalement si son action n'était pas précédée de celle du sublimé. On peut, à la rigueur, obtenir quelques résultats avec d'autres fixateurs préalables : le Boulin, l'alcool et même le formol, mais il vaut mieux s'abstenir d'y avoir recours car ces résultats sont très médiocres.

Les divers temps de la technique, notamment le lavage et la déshydratation, ne réclament que de l'exactitude.

Au xylol, qui est d'ordinaire, avec le toluène, l'agent usité de la pénétration de la paraffine dans les pièces bien fixées et complètement déshydratées, nous avons substitué depuis longtemps l'acétone pure.

C'est, sans aucun doute, pour n'avoir point respecté ce point de technique que certains ont vu les coupes s'effriter.

Jamais cet accident ne survient si l'inclusion des pièces est bonne, nous tenons à bien le préciser, car c'est la raison qui est généralement donnée pour expliquer et justifier l'abandon de la méthode. Notre communication serait opportune, quand ce ne serait que pour dissiper ce malentendu.

Nous nous permettons de vous présenter des coupes d'une étendue peu commune qu'il aurait été sans doute difficile de coller et de colorer, si elles s'étaient montrées friables.

Le collage se fait, non à l'eau, mais à la gélose brichromatée. Jamais les coupes ne se détachent au cours de la coloration.

La coloration, la double coloration, ne présentent vraiment aucune difficulté.

Après avoir énuméré les raisons qui, selon nous, justifient le maintien de la méthode de D. Anglade à la place qu'elle occupe depuis 36 ans au chapitre des colorations électives de la névrogie, qu'il nous soit permis de rappeler qu'elle compte à son actif des services importants et de penser qu'elle peut nous en rendre encore chaque jour.

Nous devons une mention spéciale aux travaux qui se rapportent à la chorée chronique de Huntington, aux états lacunaires, aux gliomes, à l'encéphalite épidémique, à la structure gliale de la glande pinéale, aux lésions du cervelet dans la sénilité cérébrale, la paralysie générale, etc...

Mais il y a, nous tenons à le répéter ici, tout un domaine d'anatomie pathologique du système nerveux dont l'exploration offre un réel intérêt pour les neuro-psychiatres, c'est celui de ce que D. Anglade a appelé les frontières de l'organique et du fonctionnel et qui a fait l'objet de plusieurs travaux, notamment la thèse de A. Requet et un rapport au Congrès de Bordeaux.

Dans ce domaine vaste et encore bien mal connu, il y a notamment les psychopathies préséniles et séniles dont on sait l'extrême fréquence et la complexité. Cliniquement, elles réalisent, peut-on dire, toutes les formes des maladies mentales et neurologiques. Anatomiquement, elles offrent un puissant intérêt, soit qu'on vérifie l'état des cellules nerveuses, celui de la névroglie et aussi de la microglie, des vaisseaux, etc..., etc... Il y a là un champ d'étude dont Kræpelin a signalé la richesse, mais on n'y peut pénétrer qu'avec des méthodes bien électives. Celle qui est l'objet de cette communication en est une.

En voici, rappelées, complétées et précisées, toutes les règles techniques. En les respectant scrupuleusement, on obtiendra les résultats que nous avons mis sous les yeux des membres de cette Société.

Solutions utilisées

1° Sublimé	7 gr.
Eau distillée	100 gr.

2° Liquide de Foll-Anglade :

<i>Solution A</i>) Acide chromique	3 gr.
Eau distillée	300 »
<i>Solution B</i>) Acide acétique	3 gr.
Eau distillée	300 »
<i>Solution C</i>) <i>Solution A</i>	100 gr.
Acide osmique	0 50

(Mettre 100 gr. de la solution A dans un flacon jaune, puis casser le tube d'acide cosmique dans le flacon).

Solution définitive :

Solution A	200 cc.
Solution B	80 cc.
Solution C	40 cc.
Eau distillée	680 cc.

3° Solution de bleu Victoria de Grubler à 1 0/0 dans l'eau distillée.

4° Solution iodo-iodurée de Lugol :

Iode	4 gr.
Iodure de potassium	6 gr.
Eau	200 gr.

5° Huile d'aniline	1/4
Xylol	3/4

6° Huile d'aniline	1/2
Xylol	1/2

7° Huile d'aniline pure.

8° Acide oxalique, solution à 5 0/0.

Prélèvement des pièces. Fixation et inclusion. — 1° Prélever des pièces de faible épaisseur et les mettre immédiatement dans la solution de sublimé à 7 0/0. Les recouper après cinq heures de séjour dans le sublimé.

2° Les mettre ensuite dans la solution osmio-chromique (2 à 4 jours suivant l'épaisseur).

3° Lavage à l'eau courante deux jours.

4° Déshydrater progressivement.

5° Acétone deux jours.

6° Inclusion à la paraffine à 55°. Durée de séjour à l'étuve : 4 heures.

Exemple : Pièce prélevée le 23 décembre :

1° Sublimé à 7 0/0 : 5 heures.

2° Solution osmio-chromique le jour même.

3° Lavage à l'eau courante le 26 décembre

4° Alcool à 70° le 28 —

5° — à 80° le 30 —

6° — à 90° le 1^{er} janvier

7° — absolu le 3 —

8° Acétone le 5 —

9° Inclusion le 7 —

Collage des coupes. — Coupes de 6 à 8 μ collées sur lames à l'aide de la solution suivante :

Gelose	0 50
Eau	250
Formol	III gouttes

Filtrer avant l'emploi et ajouter deux gouttes de :

Bichromate d'ammoniaque	0 25
Eau	50 cc.

Laisser les lames à l'étuve à 40° pendant 24 heures.

Coloration. — Eliminer la paraffine par le Xylol.

Passer rapidement à l'alcool absolu.

Colorer avec la solution de bleu Victoria (ajouter au bleu sur la lame, deux gouttes de la solution d'acide oxalique à 5 0/0).

Placer la lame sur une platine chauffante, chauffer doucement jusqu'à dégagement de vapeurs (10 minutes environ).

Renouveler la solution de bleu sans ajouter cette fois d'acide oxalique. Chauffer comme précédemment (10 minutes environ). Laver à l'eau distillée.

Passer très rapidement la solution de Lugol (4 à 5 secondes). Alcool absolu. Différencier avec : huile d'aniline, au 1/4, puis xylol, puis (rapidement) de nouveau huile d'aniline au 1/4, puis xylol. Ensuite huile d'aniline au 1/2, puis xylol. Enfin, huile d'aniline pure, xylol. Monter sur baume.

Double coloration. — Préparer une solution de Trypan Rot à 3 0/0 dans l'eau distillée.

De l'acide picrique en solution aqueuse saturée.

Mettre un centimètre cube de la solution de rouge typan dans 5 cc. de la solution picrique.

Verser ce mélange colorant sur la coupe aussitôt après l'action de la solution iodo-iodurée (deux minutes à froid), puis continuer comme précédemment.

Les fibres et les noyaux névrogliques sont colorés en bleu.

La double coloration permet, en outre, l'étude du tissu conjonctif, l'étude du tissu élastique des artères (colorés en rouge).

BIBLIOGRAPHIE

- D. ANGLADE et CHOCREAUX. — La névroglie dans la paralysie générale. *Communication à la Société de Neurologie*, 4 juillet 1901.
- D. ANGLADE. — La névroglie dans le cône terminal et le filum terminale de la moelle de l'homme adulte. *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1903.
- D. ANGLADE. — Les diverses espèces de cellules névrogliques dans la moelle du Caïman. *Société de Biologie*, séance du 24 janvier 1903.
- D. ANGLADE et JACQUIN. — Psychoses périodiques et épilepsie (considérations cliniques et anatomo-pathologiques). *Encéphale*, juin 1907.
- D. ANGLADE et CALMETTES. — Sur le cervelet sénile. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 5, septembre-octobre 1907.
- D. ANGLADE et LATREILLE. — Lésions du cervelet dans la Paralysie générale. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Genève, Lausanne, 1907.
- G. LATREILLE. — Les lésions du cervelet dans la Paralysie générale. *Thèse Bordeaux*, 1907.
- Les lésions de la chorée chronique de Huntington. *Comptes rendus du Congrès de Nantes*. Masson, éditeur, 1910, page 262.
- L. DAX. — La cellule neuro-formative. *Thèse Bordeaux*, 1916.
- D. ANGLADE. — Les lésions du système nerveux central dans l'agitation motrice et la rigidité musculaire. *Congrès des Médecins Aliénistes*, Quimper, août 1922.
- D. ANGLADE et PHILIP. — Les gliomes des fosses nasales. *Presse Médicale*, n° 47, 10 juillet 1920.
- H.-L. ROCHER et D. ANGLADE. — Les fibrogliomes de la région nasale. *Revue de Chirurgie*, 1924, pages 147 à 178.
- D. ANGLADE. — Anatomie pathologique du syndrome bradykinétique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 janvier 1925.
- H. VERGER, R. CRUCHET, D. ANGLADE, A. HESNARD. — *Les états parkinsoniens et le syndrome bradykinétique*. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1925.
- A. REQUET. — Sur les frontières de l'organique et du vésanique dans les maladies mentales. *Thèse Bordeaux*, 1927.
- R. ANGLADE. — Les psychoses périodiques tardives. *Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes*, Bordeaux, 1933.
- R. ANGLADE. — Les processus de défense du système nerveux central contre les attaques massives. *Société de Médecine de Bordeaux*, séance du 19 avril 1934.
- R. ANGLADE. — Le sort du système nerveux périphérique dans la sclérose en plaques. *Communication Société d'oto-neuro-oculistique*, Bordeaux, 24 avril 1934.

M. LHERMITTE. — Je suis d'accord avec M. Anglade pour reconnaître que sa technique est très bonne, qu'elle colore réellement la névroglie et qu'elle permet d'étudier réellement celle-ci. Ce n'est pas le cas de n'importe quel réactif. Avec une technique non spécifique, on obtient des aspects microscopiques que rien n'autorise à considérer comme ayant la névroglie pour substratum. C'est ainsi que rien ne permet de rattacher à la névroglie les terminaisons de fibres que M. Quercy obtient avec des techniques variées, mais que ne révèlent jamais les techniques spécifiques de la névroglie.

Deux jumeaux déments précoces,
par M^{lle} S. ROUSSET et M. G. DAUMEZON.

Les observations de psychoses gémellaires sont relativement fréquentes : elles insistent particulièrement sur les formes cliniques des deux psychoses, mode de début, évolutions plus ou moins parallèles, etc... Depuis quelque temps, elles sont motif à discuter la vieille conception de Ball. Le cas que nous présentons pourrait, au contraire, servir à l'illustration de la théorie traditionnelle. Ce n'est pas cependant l'élément qui nous a paru intéressant, c'est uniquement au point de vue de l'interpsychologie de deux déments précoces que nous croyons devoir vous rapporter cette observation que nous aurions pu intituler : « Autisme à deux ».

Georges et François Sch... sont entrés à l'hôpital, en 1926, l'un et l'autre au cours de leur service militaire accompli dans des villes différentes. Originaires d'une famille de neuf enfants, dont ils sont les seuls jumeaux, où il n'est connu aucun cas de troubles mentaux, nos deux sujets ont mené une enfance qui paraît normale. Ajournés à cause de leur faible taille, ils ont été incorporés l'année suivante, en avril 1926, à 21 ans, dans deux formations différentes. Au dire de la famille, on n'avait relevé aucun signe pathologique avant le départ sous les drapeaux. C'est en même temps, — à leur arrivée au service militaire, — que, en quelques semaines, s'est constitué un tableau complet de démente hébéphrénocatatonique, avec idées de persécution et hallucinations auditives. Réformés, ils furent aussitôt placés à l'asile : les observations sont extrêmement succinctes, on note cependant l'absolue identité des diverses mentions : chaque certificat de l'un est la copie exacte du certificat de l'autre.

Malgré l'absence de renseignements, tout porte à croire qu'il s'agit de jumeaux univitellins : identité morphologique très poussée, empreintes digitales de même formule, etc...

Nous ne nous attarderons pas sur la forme actuelle des psychoses. Il s'agit de deux démences précoces absolument classiques, analogues à quelques détails près avec salade de mots, stéréotypie verbale et motrice, maniérisme, indifférence, inactivité, épisodes d'agitation stéréotypée.

Lorsqu'on examine de près les deux malades, on relève cependant quelques différences :

Dans le langage : les paroles de Georges comportent quelques bribes de thèmes délirants à teinte mystique, les mots de « Sauveur » et « Enfant Jésus » y reviennent constamment. Souvent encore, des récits d'événements dramatiques et guerriers, où baïonnettes et couteaux jouent un rôle éminent ; enfin, on relève des thèmes macabres. Quant à la morphologie, il existe quelques membres de phrases à syntaxe correcte ; tendance aux énumérations, l'ensemble est profondément incohérent. Des éléments de maniérisme sont à retenir, tout est qualifié de petit, ou encore les mots sont employés au diminutif.

La lecture s'effectue en lisant les mots d'une phrase de droite à gauche, chaque mot étant déformé, tantôt en français, tantôt en dialecte lorrain, par exemple : Boîte à musique est lu : « Muziken Bettzigane », etc...

Georges dessine volontiers, spontanément. On y retrouve des motifs extrêmement stéréotypés, dont la croix est un des principaux ornements. L'allure générale des dessins ne paraît pas avoir sensiblement varié depuis quatre ans.

Dans une certaine mesure, Georges utilise les objets extérieurs, en particulier pour les énumérer. On note aussi une subagitation, une pantomime plus expressive. D'un point de vue évolutif, signalons que Georges déchire souvent ses vêtements, ce que François ne fait jamais.

François, en effet, a un comportement plus passif, plus inerte. Mais il est aussi beaucoup plus monotone dans ses stéréotypies, tant motrices, que verbales ; il passe la plus grande partie de la journée assis sur un banc à tapoter ses genoux. Son langage, beaucoup plus pauvre, ne contient guère que des mots isolés, reliés, sans syntaxe, parmi lesquels des noms de lieux, des chiffres, etc. Spontanément, il n'extériorise aucun thème délirant.

Lorsqu'on sépare les deux frères, chacun d'eux se renferme dans un autisme absolu, tel qu'il est classique de le constater dans une démence précoce évoluant depuis 11 ans.

Réunis dans un pavillon, ils restent séparés du monde extérieur, mais ils ne se quittent pas et semblent dialoguer. Au cours de l'interrogatoire isolé, lorsqu'on leur demandait leur nom, l'un et l'autre, mais surtout François, répondait indifféremment : « François », ou « Georges », ou les deux successivement. Dans le langage de Georges le mot d'ange gardien est des plus fréquents, il y a peut-être dans sa gémellité la source psychologique de l'utilisation délirante de ce

concept. Lorsqu'on annonce à l'un la mort de l'autre, il répond : « François mort, Georges mort », et une légère émotion se dessine. Une semblable annonce au sujet d'autres membres de la famille n'éveille aucune réaction.

Après les avoir séparés pendant quelques semaines, nous avons ménagé quelques rencontres des deux frères au cours desquelles nous avons pu constater une satisfaction manifeste chez les deux sujets, une attention particulière l'un à l'autre, mais un isolement complet de l'ambiance. Si l'on essaye d'analyser les symptômes présentés par les sujets dans ces conditions, on trouve des éléments d'emprunts très nets : Georges semble singer les stéréotypies motrices fraternelles et comme lui se tapote les genoux. Dans son discours, il utilise certains mots prononcés par son frère. Il le fait en prêtant à ce dernier une attention particulière, et il semble que le seuil d'utilisation d'une donnée soit beaucoup plus bas lorsqu'elle provient du frère que lorsqu'elle est fournie par un spectateur ordinaire ; à titre d'exemple : Georges, entendant son frère verbigérer en prononçant les mots de soldat et de gendarme, se met au garde-à-vous. Il nous faudra ensuite une sommation beaucoup plus violente pour obtenir à notre tour une même attitude. Il en va de même pour d'autres ordres. Cette obéissance se retrouve aussi chez François vis-à-vis de Georges, mais d'une manière générale plus passif, plus approbatif, il emprunte à la luxuriance de son frère.

Dans l'ensemble, il existe une série d'échanges entre les deux sujets. Fréquemment, ils se donnent des conseils : « Donne la main à la Demoiselle », « Viens prendre une cigarette », « Tu ne dois pas fumer, tu deviendras malade de la poitrine. » Au cours de la rencontre s'établit la mimique d'un dialogue avec des intonations interrogatrices, des réponses, des apostrophes, des approbations, des reprises du mot. François garde en général un rôle plus effacé, il est le confident approbatif. On peut encore relever plusieurs instants à nuance ludique, quelques touches moqueuses, et même un essai de danse, François entraînant Georges sur la prononciation du mot inducteur « tanzen ».

Il n'y a pas seulement des mimiques d'attention, mais des gestes amicaux, Georges arrangeant la cravate de François, ou lui caressant la main. Dans les discours, les noms sont constamment associés, c'est ainsi que Georges, lisant Directeur sur une porte, indique, entre autre chose : « François, docteur, Georges, inspecteur, etc... ».

Il est banal, en psychologie, de souligner l'identité psychologique de deux jumeaux univitellins et leur étroite communion. Un cas comme le nôtre montre la persistance de cette communion au cours d'une psychose dont la caractéristique est précisément la suppression de tout contact social.

Nous avons montré en effet que, chez ces deux malades par-

faitement autistes, il persistait entre eux une affectivité et des phénomènes d'interpsychologie.

A la lueur de tels faits, peut-être pourrait-on essayer de tracer une limite entre divers ordres de symptômes schizophréniques plus ou moins labiles, plus ou moins influencés, par l'interpsychologie. Cette limite se trouverait sans doute concorder avec celle donnée par Bleuler entre symptômes primaires et secondaires.

M. MARCHAND. — Ces deux jumeaux sont très probablement des univitellins ; ils proviennent d'un seul ovule fécondé par un seul spermatozoïde. La substance héréditaire est, chez eux, conforme, identique. D'après les données de la génétique, et dans l'ignorance où nous sommes de l'état de la mère pendant la grossesse et des particularités de l'accouchement, on peut admettre que leurs systèmes nerveux, présentant la même vulnérabilité, ont dû réagir de la même façon et au même âge, aussi bien aux influences endogènes qu'exogènes. On peut aussi admettre que leurs cerveaux se sont développés avec une potentialité diminuée et qu'au même âge, une involution prématurée des neurones a entraîné l'apparition de la démence précoce.

M. BRISSOT. — Au régiment, on applique aux recrues dans le même mois, depuis quelques années, une triple vaccination contre la typhoïde et les paratyphoïdes. Une telle pratique est susceptible d'engendrer des troubles mentaux. Peut-être faut-il incriminer la vaccine comme cause de la psychose de ces deux sujets, incorporés et vaccinés à la même date ?

M. Georges DUMAS. — La simultanéité des deux psychoses est plus vraisemblablement imputable au mécanisme endogène invoqué par M. Marchand, qu'à la vaccine. C'est ce mécanisme qui produisit la simultanéité des troubles mentaux chez trente jumeaux univitellins étudiés par Soukhanoff.

M. Charles BLONDEL. — C'est ce même mécanisme endogène qui explique la simultanéité de maintes autres manifestations psychologiques chez des jumeaux univitellins vivant loin l'un de l'autre : par exemple, l'identité des compositions de deux jumelles passant un examen dans des villes différentes.

M. LHERMITTE. — C'est lui aussi qui explique la simultanéité de maints troubles neurologiques, par exemple les mêmes myopathies apparaissant au même âge chez les deux jumeaux.

Troubles de la mémoire post-traumatique de type particulier.
Confabulation et Amnésie systématique, par M^{lle} S. ROUSSET
et M. G. DAUMEZON.

Nous tenons à vous rapporter l'observation d'un malade qui, après un traumatisme crânien grave, a présenté, d'une part, une *confabulation fantastique* compensant l'amnésie de l'accident assez rapidement rectifiée et, d'autre part, une *méconnaissance systématique* persistante de l'internement de son père accompagnée d'éléments fabulatoires discrets. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'autres exemples d'amnésie élective. Quant à la confabulation, elle paraît extrêmement rare, signalée simplement par Pfersdorff et Kleint. L'analyse psychologique de ces troubles permet de remonter à une source identique de compensation affective.

T... Camille, 27 ans, électricien de mine, entre à l'Asile le 9 septembre 1937 venant de l'hôpital d'Algrange avec les renseignements suivants : « Admis à l'hôpital sans connaissance. Fracture du crâne et plaies multiples au cuir chevelu. Fracture de l'apophyse transverse droite de la quatrième lombaire. Fracture de la clavicule au tiers moyen. Est resté dans le coma pendant quinze jours, puis état sub-conscient ; alternatives de calme et d'agitation ; depuis quatre jours, excitation constante ; fugues. » Le malade avait en effet été victime le 8 août d'un grave accident de motocyclette.

Depuis son arrivée à l'hôpital, on peut distinguer deux périodes :

Une première, qui dure environ un mois, et s'étend jusqu'au 12 octobre, pendant laquelle le malade se présente comme un confus excité et exposant de très riches récits d'événements d'allure onirique.

Une seconde, depuis cette date, où le malade, très brusquement amélioré, calme, tranquille, travaillant, a continué néanmoins à présenter de grosses lacunes mnésiques et de la confabulation.

Nous décrirons à part ces deux états, puis nous essaierons, d'après l'anamnèse, de préciser le terrain un peu particulier sur lequel les troubles évoluent.

Première période : alité, un peu hagard, mais souriant et euphorique, T... se déclare satisfait et aussitôt proteste contre l'internement. Sa parole est rapide ; l'élocution accélérée, souvent le geste souligne l'expression verbale. Mais on n'obtient aucune précision, simplement des dénégations au sujet de son accident.

Il est difficile de trouver un fil directeur, une construction d'ensemble dans les propos du malade. Il n'a pas eu d'accident d'auto, mais bel et bien une blessure de guerre. Soldat au 30^e dragon, aviateur, il a été pris en chasse par des Allemands hitlériens qui lui ont

tiré dans le dos. Son avion est allé se coincer entre deux monticules de déjections sorties des mines, il a pu sortir de la carlingue, dégager une aile, et repartir. Mais, un peu plus loin, ses blessures le faisant perdre connaissance, l'appareil s'est écrasé au sol.

Il a cinq enfants (trois en réalité). Les trois derniers ont un mois et demi ; les deux autres, il ne sait plus. Tous les essais de rectification sont infructueux. Nous sommes mal renseignés et, sans aucun doute, on l'a fait passer pour un autre. T... est un nom répandu, il a connu beaucoup de T... C'est un autre T... Camille qui a dû avoir l'accident de motocyclette qu'on lui relate, il est ici par erreur. Quelqu'un doit avoir intérêt à prendre son identité. Sauf des variations de détails, les récits persistent sans modifications importantes : tels ils ont été notés par l'un de nous le 9 septembre, tels l'autre les recueillera un mois plus tard.

A part ces troubles légers, T... dort mal et présente une tendance marquée aux fugues. Il prétend ne pas rêver, mais s'agite souvent la nuit. Les suites du traumatisme évoluent favorablement. Le cal claviculaire est un peu gros, mais solide. Au point de vue neurologique, on note seulement une légère parésie du facial, et, par intervalles éloignés, des spasmes de l'orbiculaire, à droite.

Seconde période : brusquement, à la suite d'une visite de sa femme, le 12 octobre, le malade émet des doutes sur l'exactitude de ses convictions, et le surlendemain rectifie ses récits antérieurs. Il s'excuse de ne pas nous avoir cru. En même temps, l'orientation devient correcte. L'agitation nocturne se réduit, et, dès le 20 octobre, le malade est mis au travail. Nous n'avions pas eu l'occasion de l'interroger longuement et le considérons comme en excellente voie de guérison. Lorsque nous pratiquons un examen plus précis, nous constatons au contraire que des tendances à la confabulation extrêmement actives se manifestent encore. Sans doute, il s'est trompé et a raconté des « rêves », mais il adhère encore à certaines idées : c'est ainsi qu'il explique son spasme de l'orbiculaire par la présence depuis l'accident (d'aviation) de poussière sous la paupière ; il ressent encore des douleurs, ce sont les charnières qui étaient « collées sur son dos » (?), qui, lors de l'accident, auraient pénétré dans la région dorsale. Ces charnières sont un dispositif permettant l'adaptation d'un appareil de sauvetage à l'oxygène.

Au cours de la conversation qui suit ces déclarations, on expose à T... l'invraisemblance de ses allégations, le lendemain il se déclare convaincu. Mais un nouvel interrogatoire permet de déceler encore nombre de thèmes de fabulation. Il suffit, pour les découvrir, de demander au sujet de préciser des détails de sa vie antérieure. Nous avons obtenu alors des récits fantaisistes d'accidents dont il aurait été victime à la mine, des indications peu vraisemblables sur la scolarité et sur les divers travaux accomplis. A côté de détails plausibles, il y a toute une luxuriante construction fabulatoire : il a été à l'école à Forbach..., mais il était si bon élève qu'il a obtenu des félicitations

de l'Académie de Strasbourg ; électricien à Piblange..., il avait sous sa direction exclusive une douzaine de puits de mine dont il avait assuré à lui seul l'installation électrique, puis l'entretien de la dite installation. Il est allé à Strasbourg faire des montages..., c'est là que, hospitalisé à la clinique du Professeur Pfersdorff, il a connu l'un de nous pendant son clinicat. Mais le thème privilégié de fabulation est longtemps centré autour de la méconnaissance de l'internement du père. Celui-ci, en effet, est placé à Sarreguemines depuis 1929, pour un état d'excitation atypique et tardif. On l'a amené voir son fils qui a toujours gardé une attitude réservée à son égard. En effet, selon notre malade, il ne sait pas ce qu'est devenu son père et il compte bien, lors de sa sortie, faire accomplir par la police d'actives recherches en vue de préciser ce point. Depuis plusieurs années, il ne l'a pas vu, il pense qu'il travaillait dans une mine éloignée et que seules de fâcheuses coïncidences avaient empêché qu'ils se rencontrent. On montre cependant des lettres écrites par T... à l'Asile pour demander des nouvelles, ou pour demander l'autorisation paternelle à son mariage (il était mineur à cette époque), on lui prouve qu'il a payé une partie des frais d'entretien. Sceptique et souriant, notre sujet indique : « Il doit y avoir quelque chose de louche là-dessous. »

L'adhérence aux fabulations est variable, mais certains thèmes bénéficient d'une faveur particulière en particulier l'idée d'une substitution du père.

Nous avons à faire à un homme de taille assez faible, trapu. L'œil vif, souriant, euphorique, ardent au travail, il nous déclare : « Si je n'avais pas femme et enfants je serais heureux de rester ici. » La parole est rapide, le ton enjoué. Il n'existe plus aucun élément de confusion. La plupart des tests proposés sont réussis ; le malade se pique au jeu et s'intéresse aux questions posées. Le jugement appliqué à des situations diverses est normal, nous avons vu qu'il en est différemment s'il s'agit d'apprécier sa propre conduite ou son propre état. Contrairement à ce qu'on pouvait penser, les explications de proverbes comme les associations ne donnent pas lieu à des développements luxuriants, à des commentaires abondants. L'élément d'excitation est plus net dans la manière de résoudre certains problèmes : le malade cherche alors à faire preuve de finesse, multiplie les combinaisons qui lui paraissent ingénieuses, faute d'une réflexion posée qui lui fournirait un résultat. Les souvenirs scolaires sont ceux d'un homme de son milieu. Le domaine où l'on note une lacune nette est évidemment la mémoire.

Les faits récents qui se déroulent depuis qu'il est sorti de la confusion sont normalement évoqués. Par contre l'accident est absolument oublié. Quant aux suites, il semble au malade qu'il est passé par deux hôpitaux avant d'arriver à l'Asile. Quant à la vie antérieure, le sujet présente des lacunes électives qui s'organisent autour d'un sujet privilégié : accidents, séjour hospitalier, et surtout existence du père.

L'examen neurologique ne révèle rien d'important. Les spasmes de

l'orbiculaire sont de plus en plus rares. Le malade avait signalé une baisse de l'acuité visuelle à droite, le spécialiste consulté a invoqué une myopie légère ancienne sans rapport avec le traumatisme.

L'évolution des autres lésions traumatiques se poursuit très favorablement.

Tels sont les symptômes essentiels présentés par notre malade, essayons de préciser le terrain sur lequel ils évoluent.

Antécédents familiaux. — Père : interné depuis 1929 dans notre établissement à la suite d'une crise d'excitation de type maniaque. Actuellement calme, docile, travaille, mais indifférent et coléreux par instants. Semble devoir être rangé dans le cadre des schizophrénies tardives, arrosées.

Mère : débile.

Une sœur mariée (aurait eu un enfant mort-né).

Femme bien portante : 3 enfants vivants ; 2 fausses-couches.

Antécédents personnels. — N'a jamais présenté de maladie grave. Maladies infantiles banales.

Quelques accidents du travail dont des traumatismes crâniens sans grande gravité : a reçu un jour un « placage », une autre fois une pelletée de charbon sur la tête : chaque fois blessures superficielles du cuir chevelu sans perte de connaissance, sans arrêt de travail.

Pas de notion de spécificité acquise (Bordet-Wassermann négatif dans le sang).

Curriculum vitæ. — T... a mené la vie d'un fils d'instable, instable lui-même, et la liste de ses résidences successives est interminable. Il a accompli sa scolarité primaire dans quatre lieux successifs, puis après un apprentissage de serrurier, il devient électricien. De 17 à 20 ans il ne fait pas moins de six places. Il se marie à 20 ans, part au service militaire. Parvient, en un an, à changer trois fois de régiment, puis, enfin fixé à Bure, il changera encore de métier passant d'électricien à mineur, à plusieurs reprises.

Lui-même se dépeint comme un débrouillard et un franc luron, parlant avec orgueil des longues courses qu'il faisait, d'un village à l'autre, le dimanche, pour ne manquer aucun bal. Sans être alcoolique, il rappelle fièrement quelques souvenirs d'ivresse. Expansif, organisateur, il a créé dans son village une section de la Fédération des mutilés et invalides du travail ; c'est lui qui a organisé la réunion et il en est le Président. Ses convictions politiques l'ont empêché de jouer un rôle lors des grèves, bien que ses camarades l'aient plusieurs fois désigné comme délégué. Toujours gai, il chante les chansons à la mode et « aime dire des blagues ». Sur ce fonds hypomaniaque on ne relève cependant aucun épisode d'excitation ni de dépression pathologique.

Nous avons essayé de rechercher le mécanisme qui avait présidé aux confabulations de notre malade, plus particulièrement au thème de l'aviation : T... nous a confié que son parrain était

un capitaine aviateur qu'il admirait beaucoup. Notre malade s'était passionné pour ce sujet aventureux ; il avait suivi avec enthousiasme les récits de vols ; il y aurait même beaucoup rêvé, seule l'opposition maternelle put empêcher un engagement dans cette arme. Lors de son accident, son onirisme a utilisé tout ce stock de réalisations désirées. Pendant quelques jours même, alors qu'il avait accepté notre version, il adhéra encore à ses « souvenirs » aéronautiques : « J'ai beaucoup volé, disait-il, avec mon parrain », et il racontait une prouesse qu'il aurait accomplie en compagnie du héros. Actuellement, il concède volontiers que tout cela n'est que des rêves et qu'il n'a jamais volé.

Il est beaucoup plus difficile d'obtenir des précisions quant à l'amnésie élective de l'internement du père. Si on essaie de l'analyser, elle apparaît composée de deux éléments : d'une part : ignorance du sort réservé au père depuis 1928-29 ; d'autre part : impression générale d'un mystère plus ou moins policier. Il faut noter encore le geste du malade à diverses reprises lorsqu'on lui montre une lettre de lui prouvant qu'il était au courant : chaque fois, il semble qu'il va se souvenir, puis la même réaction s'installe : « Il y a quelque chose de louche là-dessous » dit-il. Nous avons recherché quels étaient les sentiments nourris par T... à l'égard de son père. Interrogé à ce sujet, il déclare une préférence marquée pour le père qui toujours fut, des deux parents, le moins sévère. L'internement a entraîné, de son côté, des gênes certaines — lors du mariage d'une part — d'autre part aussi en imposant la charge d'une partie des frais d'entretien. D'après les renseignements que nous avons obtenus de sa femme, T... apparaît comme ayant été particulièrement affecté de cet internement. On prenait des précautions pour lui en parler, lorsque ce sujet était évoqué devant lui, une réaction émotive extrêmement vive se faisait jour, si bien que le milieu semble avoir organisé une scotomisation de ce placement. A l'instigation de la femme, la pension alimentaire était directement prélevée par les employeurs, elle avoue qu'elle évitait systématiquement d'aborder ce sujet. Elle nous signale que le jour du mariage, T..., très affecté par l'absence du père, paraissait déprimé.

En somme, la confabulation comblant la lacune amnésique et la scotomisation de l'internement paternel, semblent toutes deux relever d'un mécanisme affectif.

A côté de ces remarques ayant trait aux troubles de l'évocation, il convient de souligner les particularités spéciales du syndrome.

Nous y distinguons trois ordres de symptômes : la *note expan-*

sive est indiscutable : un désir d'élation préside évidemment à ces récits qu'on pourrait qualifier de mégalomaniques. Les prouesses aéronautiques, la lutte avec les hitlériens, l'avion bloqué entre deux montagnes et dégagé grâce à la force herculéenne du sujet, paraissent sortir d'une imagination enfantine exubérante, on en dirait de même des 12 puits électrifiés par le sujet. Il n'est pas jusqu'à l'élément policier qu'on ne puisse invoquer. Le comportement général, au moins à un rapide examen, comporte une allure expansive prédominante ; euphorie souriante, bienveillance, activité, en sont la preuve.

Mais cependant, le comportement n'est pas tout à fait celui d'un hypomane. Nous avons déjà noté la tendance à la rêverie. Mais actuellement, le *manque de syntonie* est aussi patent. T... travaille avec cœur et cependant, en quelques semaines, il a changé trois fois d'atelier. On ne lui connaît pas de camarades d'élection, il fraye peu avec les autres malades. Jamais il n'a présenté la moindre note de revendication. On peut presque qualifier de passif son comportement. Sa sortie étant fixée à une date récente, il reçut la veille une lettre de sa femme indiquant qu'elle ne pouvait venir le chercher. Il ne s'en est pas du tout attristé, ni formalisé et a répété : « Oh ! moi, si je n'avais pas ma femme, je me trouve bien ici ! » Un autre point est encore à signaler : la forme des lettres assez fréquentes que le malade écrit à sa femme, calligraphiées de manière très scolaire. Leur style est celui des romans populaires. A chaque ligne, on y retrouve des recommandations, des protestations mélodramatiques. L'affectation est manifeste — affectation sincère cependant — sans aucune intention ludique, affectation qui dramatise sans parodier.

Durant la première période de l'évolution, il nous est arrivé, en quittant le malade, d'échanger des propos sur le thème. « En l'entendant discourir, on dirait d'un paralytique général. » Même à l'heure actuelle, on ne peut s'empêcher de trouver une certaine niaiserie de la présentation et surtout un trouble profond du jugement lorsqu'il doit s'appliquer à la situation personnelle.

A côté de symptômes extrêmement banaux, comme l'amnésie de l'accident, notre sujet présente certains éléments beaucoup plus rares (à notre connaissance, ils n'ont jamais été signalés), la confabulation et une méconnaissance systématique. Le tout évoluant sur un complexe d'excitation, de léger affaiblissement et de très légère schizoïdie.

Nous avons tenu à rapporter ce cas dans son intégrité sémiolo-

gique. Outre sa rareté, il propose un problème pathogénique que nous ne pouvons résoudre. Le complexe de symptômes actuel relève-t-il de la nature de l'agent causal (traumatisme), de sa localisation ? ou du terrain sur lequel il évolue ?

Les démences vésaniques. Esquisse d'une nouvelle étape de leur démembrement, par MM. J. VIÉ et M. VILLEMEZ.

Lorsqu'en 1904, Deny a consacré à la démence précoce la majeure partie de son rapport sur les démences vésaniques, il pensait épuiser le contenu du vieux cadre classique en lui substituant une entité mieux définie. Mais il apparut bientôt que seule ressortissait à la démence précoce, la section des démences vésaniques qu'Arnaud, dans le *Traité de Gilbert Ballet*, 1903, qualifiait encore de démence vésanique précoce. Les démences vésaniques tardives, états vraiment terminatifs, selon l'expression de Morel, formaient toujours un groupe difficile à réduire, qui s'est perpétué d'une vie, pour ainsi dire latente, jusqu'au Congrès de Lyon 1934, où M. Desruelles a proposé de lui rendre une place dans la nomenclature des maladies mentales.

L'un de nous apportera, dans sa thèse prochaine, devant la Faculté de Toulouse, une contribution à l'ensemble du problème. Nous voudrions ici présenter quelques remarques sur les vicissitudes des démences vésaniques, opposer l'indigence théorique de la notion à sa large extension dans le domaine pratique, inviter à reprendre l'étude clinique de ces vieux cas, qui, avec le livre récent de K. Leonhardt, la thèse de Roth (de Strasbourg), suscitent un nouvel intérêt, en reliant les séquelles qu'ils représentent aux stades lointains du début.

1. *La notion classique de démence vésanique.* — « Il n'est pas sans utilité, dit Esquirol (1811), de saisir le passage de la manie et de la monomanie à la démence. » Mais c'est à Georget (1823) que revient la distinction explicite de la démence primitive et de la démence secondaire, qui « succède à la manie ou à la monomanie ; elle est la terminaison naturelle de ces dernières lorsqu'elles ne guérissent point, et que les malades vivent assez longtemps pour que cette terminaison ait lieu ». Cette définition figure dans l'article *Démence* du Dictionnaire de médecine en 21 volumes, et il est curieux de constater que, de Georget à Calmeil, de Ball et Chambard (dans Dechambre) à Codet (dans la *P.M.C.*), la vie théorique de la démence vésanique se déroule

dans la calme tradition des Encyclopédies médicales. Admise de tous, elle ne suscite pas d'études spéciales, pas de monographies. Les chapitres d'Arnaud, dans le *Traité* de G. Ballet, de Ziehen, dans le *Traité* d'Aug. Marie (1911), d'Aug. Marie dans son livre des *Démences* 1906, de même que le rapport de Deny sont issus de l'orage révolutionnaire déchainé dans les réserves de la psychiatrie par le puissant courant de la démence précoce kræpelinienne.

Pour les classiques, la démence vésanique (secondaire, ou consécutive) est l'*affaiblissement secondaire aux vésanies*, c'est-à-dire aux *psychoses fonctionnelles*, manie, mélancolie, délires systématisés ou psychoses hallucinatoires chroniques. « Les vésaniques, disent Ball et Chambard, sont exposés à la démence », mais tous ne le sont pas également, et sur cette prédisposition, les auteurs se montrent bien sobres... Quoi qu'il en soit, ils décrivent une marche générale de l'affection, qu'ils affirment *toujours secondaire, régulièrement progressive* (en trois périodes, pour Ball), suivant une loi inexorable, lente et fatale. La psychose originelle perd tout caractère, « ce qu'on exprime en disant que le chronique devient un dément » (Codet), et le diagnostic rétrospectif en serait impossible.

Au cours du xix^e siècle, la paralysie générale, la démence organique, la démence sénile, d'une façon moins nette la démence artérioscléreuse, ont fait leurs preuves anatomo-cliniques et cessé de grossir les rangs de la démence vésanique. Des velléités de dualisme intérieur suivant l'âge des malades, ébauchées chez Legrain, chez Ball, affirmées chez Arnaud, l'intérêt de nouveau accordé, bien des années après Morel, aux états démentiels des jeunes gens, annonçaient une séparation, une élimination nouvelle. Il allait en être tout autrement.

II. *Tentative d'absorption de la démence vésanique par la démence précoce.* — Le rapport de Deny au Congrès de Pau a conquis le droit de cité pour la démence précoce, nouvelle espèce de démence primitive. Mais Deny lui rattachait avec Kræpelin, les délires d'emblée, les délires polymorphes des dégénérés, tous les délires systématisés hallucinatoires, y compris le délire chronique de Magnan. La démence vésanique tardive relevait donc de la démence précoce. Contrairement à M. Séglas, à M. Sérieux, Deny affirmait que les délires chroniques comportent toujours un *affaiblissement*, non seulement terminal, mais « une démence primaire, protopathique, précoce, momentanément masquée par les phénomènes délirants », permanente en dépit de rémissions et fatalement progressive.

Un élève de Pierret, Bridier, apportait (1902) à la thèse uniciste une consécration, un peu trop élémentaire, de l'anatomie pathologique. Bientôt, Toulouse et Damaye (1905) fournissaient les arguments de la psychopathologie : après tous les classiques, ils soulignaient l'inconstance, la variabilité, la réversibilité des troubles observés chez les déments vésaniques, aussi bien d'ailleurs que chez les déments précoces. Il ne s'agissait plus de démence, mais de confusion mentale, notion qui, en la circonstance, s'élargissait à en devenir méconnaissable.

Le point de vue uniciste se retrouve, un peu mitigé, chez Aug. Marie (1906), pour qui « les états chroniques des psychoses empruntent plus ou moins les caractères de la démence précoce à mesure que se dissocie la mentalité normale désagrégée par un délire persistant ».

III. *Survivance pratique et transformation de la démence vésanique.* — La transposition de la démence vésanique dans la démence précoce devait échouer. Le sens clinique de l'école française ne pouvait admettre une synthèse aussi hétéroclite, et Deny lui-même, dès 1911, « rejette délibérément de la démence précoce les états démentiels secondaires ». La démence vésanique survécut. Desruelles l'a retrouvée dans les Manuels, dans les classifications didactiques. Mais surtout dans les asiles, elle a conservé une extension pratique très grande, pour désigner ces malades, internés depuis bien des années, dont les troubles ont perdu leur acuité première, dont l'activité s'est uniformisée dans un rythme stéréotypé, dont le délire s'est appauvri, les hallucinations raréfiées, le langage est devenu souvent incohérent. Il ne s'agit pas d'une démence profonde, mais d'une pseudo-démence (Mignard), dont un interrogatoire patient tire les malades pour révéler chez eux des possibilités supérieures à ce que leur apparence ferait soupçonner.

La démence vésanique a subi ainsi une modification de sens bien indiquée par Chaslin : « C'est, dit-il, une démence incomplète avec reliquat délirant, qu'on appelle *vésanique* pour marquer qu'il y a eu d'abord une période délirante. » Ainsi, la psychose maniaque dépressive et la démence précoce éliminées, la démence vésanique cesse d'être « secondaire à une psychose fonctionnelle », elle n'affirme plus la psychose initiale. « Vésanique » devient synonyme de « délirant » on dira bientôt : « *les vésaniques* », pour parler de ces malades. Il s'agit seulement d'un état résiduel qui implique des éléments délirants antérieurs.

Bien des auteurs ont regretté sa disparition des cadres officiels. Au cours de discussions, Legrain, Trenel, Colin, Toulouse, Séglas

ont déploré, à la Société Clinique de Médecine Mentale, qu'il n'y ait plus place pour ces cas « où la démence n'est qu'un voile recouvrant une intelligence toujours active ».

Après ce long silence, la démence vésanique affirme sa survie ici même, le 8 mars 1934, par la bouche de M. René Charpentier, de M. Guiraud : elle ne manque pas, disent-ils, de justification clinique. M. Desruelles, dans son projet de Nomenclature, la reprend enfin comme une catégorie « un peu artificielle, mais pratique ».

Si, avec MM. Vermeylen, Hamel, Jabouille, l'un de nous s'est prononcé contre la résurrection de ce cadre vétuste, alors que MM. Porot et Lauzier en saluaient le retour, nous étions tous animés du même sentiment d'intérêt pour une catégorie trop longtemps négligée. Mais lui accorder une place dans la nomenclature, c'était sans doute octroyer un nouveau bail de silence aux nombreux chroniques des asiles, auxquels il faudrait s'efforcer au contraire, par-delà les années d'oubli, à arracher quelque bribe du secret de leurs origines.

IV. *Que sont donc les déments vésaniques ?* — Un premier point nous semble capital. C'est de déterminer, pour chaque cas, la part de l'artério-sclérose cérébrale et de la sénilité, le point où l'on se trouve de l'évolution de la psychose, enfin le terrain sur lequel la maladie a évolué, et qui, bien souvent, lui a imprimé un cachet spécial.

Les états terminaux ne sont ni uniformes, ni identiques ; la formule de leur acquisition progressive n'est nullement générale, et, pour la majeure partie, tout à fait inexacte. Nous avons déjà combattu, en analysant la vieillesse des déments précoces, cette notion globale et stérilisante d'états terminaux. Il faut dépasser ce stade.

1. Tout d'abord, l'étiquette de démence vésanique cache encore bien des *déments précoces* arrivés à l'âge mûr. Tantôt il s'agit de séquelles plus ou moins fixées après l'abandon à la démence (*Zweiter Knick* de Mayer-Gross), ou seulement de déficits moyens consécutifs à des poussées antérieures. Tantôt, chez un malade plus âgé et déjà fixé depuis de longues années, la sclérose vasculaire et la sénilité réduisent au minimum les signes résiduels de la petite catatonie. Les remaniements, la condensation des expressions motrices et mimiques suivant les lois propres à la démence précoce que Dromard avait établies pour les stéréotypies, sont encore atténuées, mais les stigmates pathognomoniques de la série *catatonie-discordance* trahissent, jusqu'au dernier souffle du malade, leur origine première.

2. Aux *délires chroniques*, qu'ils soient systématisés ou non, revient la part de beaucoup la plus considérable. Pour leur étude, les critères purement intellectualistes qui présidaient aux fameux débats entre Magnan et J. Falret doivent faire place aujourd'hui à l'évaluation du comportement global. La conservation de l'intelligence est loin de coïncider toujours avec l'évolution la plus favorable de la psychose hallucinatoire et ne constitue pas le facteur prédominant pour la reprise de la vie sociale.

Éliminons, pour commencer, les manifestations grossières de *l'affaiblissement organique*. L'un de nous a pu suivre, chez un délirant inventeur, atteint d'hypertension artérielle excessive, les étapes d'appauvrissement des thèmes, réduits à de pâles formules de moins en moins étoffées, à mesure que se répétaient hémorragies viscérales, ramollissement du cerveau, enfin l'œdème pulmonaire aigu mortel.

Mais, dans d'autres cas, les rapports des deux séries sont beaucoup moins évidents, tantôt la cessation, ou tout au moins la fixation du délire, est nettement antérieure à de petits ictus répétés ; tantôt des hypertensions artérielles énormes (dépassant 25 au Pachon), même accompagnées de vertiges, céphalées, etc., sont supportées d'une façon surprenante, sans modification nette des processus psychosiques.

Les *modifications propres de la maladie*, qui surviennent au cours des années, ont été ébauchées autrefois par Charpentier sous le nom de délire monotone des asiles. Elles sont encore peu connues. Certes, la séparation du monde extérieur appauvrit les délires en supprimant l'aliment, et le stimulant qu'y apportent les événements journaliers, et, d'autre part, l'ambiance hospitalière fournit quelques thèmes privilégiés, telle la notion de vie collective, pourtant le curieux phénomène de *l'universalisme hallucinatoire* (croyance à la perception des hallucinations par l'entourage) semble bien appartenir à l'évolution propre de la psychose.

Il en est de même, selon nous, de la *normalisation* du délire (explication du délire par des phénomènes normaux), lorsque cessent les voix morbides, ou tout au moins lorsqu'elles diminuent de force et de fréquence. Seules persistent des conversations mentales pseudo-hallucinatoires, que certains malades parviennent à dominer. On observe alors toute la gamme de ces retraites du délire, des vies silencieuses post-hallucinatoires, des socialisations plus ou moins franches du délire. Une activité sociale nouvelle peut réapparaître dans le cadre du quartier ou dans celui du placement familial, où l'on note tous les degrés de

réadaptation ou seulement de réinsertion dans un milieu neutre. Car il subsiste, dans la presque totalité des cas, une barrière infranchissable entre le psychisme, même réintégré, et l'ambiance dans laquelle se sont déroulés autrefois les premiers stades aigus de la maladie.

Certaines formes de la psychose hallucinatoire semblent évoluer beaucoup plus fréquemment que d'autres vers un déficit important, surtout le *délire d'influence*, qui en constitue une forme psycho-motrice ou, pourrait-on dire, phrénesthésique. Nous observons trois malades qui avaient été classées autrefois par Mignard dans ce cadre. L'une ne quitte plus son lit et ne mène qu'une vie végétative ; la main, toujours devant les yeux, esquisse un perpétuel geste de défense. La seconde, oisive et fermée, ne répond qu'à grand'peine, mais garde une intelligence encore active. La troisième exécute des mouvements complexes, à déclenchement inopiné, des mains et des doigts, qui, visiblement, ont un sens qui nous échappe ; elle nous fait songer à la malade de Bleuler, qui bornait son activité à répéter le « geste du cordonnier », son fiancé perdu d'autrefois.

Il faut mentionner encore le *délire hallucinatoire des débiles*. A vrai dire, il n'appartient pas au domaine de la démence. Leurs délires pauvres, au souffle court, aux thèmes archaïques, puérils et absurdes, tiennent leur illogisme et leur incohérence de la faiblesse du niveau intellectuel foncier.

3. Les classiques auraient exclu de la démence vésanique, les *délires secondaires aux accès confusionnels* (traumatiques, alcooliques, émotifs). Il en est cependant qui, l'accès initial terminé, diffèrent de la confusion chronique. La lacune amnésique fournit l'élément de mystère autour duquel le roman post-onirique (thème de filiation, méconnaissance de la vie antérieure), se développe avec une cohésion variable. Le déficit est d'autant plus profond que l'intoxication était importante ou que le sujet approche de l'involution présénile. Chez un malade d'Ainay, la démence était absolument fixée depuis 25 ans : notre examen de 1934 se superposait point par point à celui qu'avait pratiqué Pochon en 1911. L'état résiduel était resté d'une stabilité totale.

Ajoutons à ces cas certaines *paralysies générales* d'évolution chronique, comme cette malade présentée par l'un de nous avec M. Capgras à la Société Clinique en 1929, dont le délire métabolique s'enrichissait suivant une sorte de rythme circulaire, d'éléments alternativement expansifs ou dépressifs. Le diagnostic devient très difficile dans les cas rares, mais peu discutables, où la sérologie demeure muette. Enfin, la malariathérapie a créé un

groupe nouveau de démences vésaniques, avec des délires hypochondriaques plus ou moins fantastiques, tels que le délire d'anthropopathie, de zoopathie internes, se développant sur le fond d'un déficit moyen et relativement stable.

4. Restent les *démences consécutives à la manie et à la mélancolie*. Si l'on écarte les accès préséniles en rapport avec les troubles organiques de l'involution, si on fait la part de l'artériosclérose et de la sénilité dans les stades avancés de la psychose maniaque dépressive, elles se réduisent à bien peu de chose.

Les délires dits secondaires à la manie et à la mélancolie ne sont, dans les cas que nous avons vus, que des psychoses hallucinatoires sur terrain spécial, qui en colore les débuts ; mais d'emblée se révèlent les éléments hallucinatoires et les thèmes persécutifs. L'hyperthymie s'oppose à la systématisation rigoureuse, apporte un caractère de jeu et d'incohérence ; la tendance dépressive oriente, au contraire, vers la monotonie et la fixité : d'où l'évolution fréquente vers une pseudo-démence.

On a certainement abusé du terme de *manie chronique*. En dehors des formes assez rares qui répondent à la description de Laignel-Lavastine et Vinchon, on y a englobé une série d'états atypiques qui ne semblent rentrer dans aucune des classes précédentes. Il s'agit de malades qui, pour ainsi dire, d'emblée, ont manifesté une incohérence contrastant avec la conservation des habitudes et l'absence d'affaiblissement intellectuel véritable. Depuis Griesinger et Baillarger, ces cas sont rangés dans la démence incohérente ; c'est la démence versatile de Schule, la folie verbale de Chaslin. Aujourd'hui, on les intitulerait schizophasie.

Ils mériteraient, croyons-nous, de former un groupe à part. Les malades que nous observons avaient été portées par Magnan au titre de la *dégénérescence mentale*. Mais ce concept a suscité de telles discussions, et son interprétation a fait naître de telles contradictions au sein même de l'école de Magnan, qu'il devrait être l'objet d'une élaboration nouvelle avant qu'on songe à le reprendre... Depuis cinquante ans, la pathologie générale a amassé des faits qui préparent la dissociation de ce complexe, où l'on verrait se séparer sans doute, s'opposer peut-être, le terrain de l'incohérence et le terrain du déficit, les facteurs vésaniques et les facteurs de démence.

M. Georges DUMAS. — Je suis surpris d'entendre dire que le délire de persécution à forme d'influence aboutit beaucoup plus fréquemment à la démence que celui à forme auditive. En effet,

aucun des nombreux délirants influencés que j'ai observés n'est devenu dément. Et Ceillier, dans son article sur le délire d'influence, exprime la même opinion que moi. La thèse de Lévy-Darasse, parue en 1914, soutient la même affirmation.

D'autre part, il y a des quantités de délirants hallucinés de l'ouïe qui vivent extrêmement longtemps sans devenir des déments. Ils ont un état mental à part, qui est dû à l'isolement dans lequel ils se cantonnent, mais qui n'est pas de la démence.

M. Charles BLONDEL. — Si mes souvenirs sont exacts, la conception de l'opposition entre démence vésanique et démence organique a commencé à se préciser avec Leuret dans son livre sur les « Incohérents ». Baillarger la développa ensuite dans ses « Notes sur la démence incohérente ».

Alors même qu'elle survient chez des individus qui, pendant toute leur vie, ont été, suivant l'ancienne terminologie, des vésaniques, je crois qu'on ne peut pas qualifier de vésanique la démence qui n'apparaît qu'après l'installation chez eux de l'artério-sclérose ou de la sénilité. Si l'on appelle organique la démence qui a pour substratum l'artério-sclérose ou la sénilité cérébrales, cette épithète doit lui rester, quel que soit le passé normal ou vésanique du sujet qu'elle frappe.

M. J. VIÉ. — Les influencées auxquelles j'ai fait allusion avaient reçu, de M. Mignard, en 1920, le diagnostic de délire d'influence. L'une a évolué vers l'inertie complète avec gâtisme. La seconde conserve une attitude défensive, reste oisive, ne parle pour ainsi dire jamais.

Il serait curieux de retrouver les malades étiquetées, il y a une quinzaine d'années, délire d'influence. Nous ignorons beaucoup de choses sur l'évolution des délires chroniques, en particulier sur les remaniements internes de la psychose, qui se poursuivent pendant de nombreuses années.

De même, il n'est pas facile de faire la part de la démence organique et de l'évolution propre de la maladie, en dehors de cas typiques assez rares. On rencontre surtout des formes mixtes, où l'artério-sclérose et l'hypertension, bien qu'importantes, ne modifient pas sensiblement le processus.

Je remercie M. Blondel de m'indiquer le passage de Leuret sur les incohérents. Je connaissais la note où Baillarger oppose démences simples, ou organiques et démences incohérentes, ou vésaniques. Il signale aussi l'incohérence d'emblée, citant un cas observé chez un maître d'école.

Pleurs de sang au début de l'accès épileptique,
par M. Jean PICARD.

Encore que l'attention ait déjà été attirée sur des faits semblables, ils restent assez exceptionnels et présentent des particularités assez intéressantes pour mériter d'être rapportés. L'observation qui va suivre fournit, d'autre part, un argument pathogénique, quoique sans doute non univoque, à l'égard de ce phénomène des larmes sanglantes qui a, de longue date, frappé l'imagination. Elle établit un lien chronologique de fait entre les manifestations comitiales et les troubles circulatoires qui semblent, en bien des cas, les conditionner. En 1927, nous avons insisté, Dubar et moi, à la Société de biologie, sur les variations de la tension rétinienne chez les épileptiques, variations qui ne semblent pas sans rapports, quoiqu'il ne s'agisse pas du même système vasculaire, avec les hémorragies sous-conjonctivales, caronculaires et pituitaires dans l'épilepsie. D'ailleurs, dans un article sur les hémorragies révélatrices de l'épilepsie, M. Fribourg-Blanc (1) a rapproché ces types d'hémorragies des hémorragies méningées. Ces faits sont à comparer avec les troubles vaso-moteurs observés chez les traumatisés du crâne (Worms) et le diagnostic, dans le cas présent, ne prête pas à discussion puisqu'il s'agit d'une épilepsie traumatique grave pensionnée à 100 0/0. Une autre remarque s'impose : c'est une hémorragie des caroncules lacrymales ; or, nous n'en connaissons qu'un cas dans la littérature qui, primitivement attribué par Bolotte et Fribourg-Blanc (2) à un déséquilibre neuro-végétatif *post-commotionnel*, a été rattaché par Behague (3) à des manifestations épileptiques qui ne contraignent pas, au demeurant, la première hypothèse. Il est à remarquer que, contrairement à cette observation, l'hémorragie caronculaire a été prémonitoire de l'accès et qu'un épistaxis s'est produit presque simultanément.

OBSERVATION. — L... a été blessé, le 7 mai 1917, par une balle qui a pénétré dans la région occipitale du côté gauche et s'est fragmentée en plusieurs éclats intracrâniens. Il a présentement 47 ans, n'a

(1) FRIBOURG-BLANC. — Les hémorragies révélatrices de l'épilepsie. *La Science médicale pratique*, 1^{er} mars 1936.

(2) BOLOTTE et FRIBOURG-BLANC. — Un cas de larmes de sang par déséquilibre neuro-végétatif *post-commotionnel*. *Archives d'ophtalmologie*, octobre 1931.

(3) BÉHAGUE. — Epilepsie et larmes de sang. *Société de Neurologie*, 4 juillet 1935.

pas d'autres antécédents pathologiques, est marié et a une fille de 15 ans. Aucun trouble mental n'a jamais été constaté. Aucun affaiblissement intellectuel n'existe. En dépit de ses troubles paroxystiques, il continue de s'employer dans la culture, mais leur fréquence aggravée l'a obligé à se faire aider. Une décision ministérielle du 2 septembre 1933 lui a accordé un taux d'invalidité de 100 % (infirmités multiples) : 1° crises d'épilepsie, 80 % ; 2° perte de substance pariéto-occipitale gauche à fond pulsatile, 40 + 5 % ; 3° syndrome des trépanés 20 + 15 % ; 4° hémianopsie latérale homonyme droite incomplète ; 5° inclusions d'éclats dans le crâne ; 6° reliquats de monoplégie légère brachiale droite. Cette énumération exacte nous précise parfaitement la nature et la localisation des lésions cérébrales.

Sur demande de son admission au bénéfice de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 (tierce personne), j'ai eu l'occasion de pratiquer son examen détaillé et c'est à cette circonstance que je dois de connaître l'épisode qui fait l'objet de cette communication.

L... perdit peu de temps connaissance quelque temps après le traumatisme, dont il ne s'était pas aperçu sur le moment, lequel lui fut signalé par des camarades à son retour d'une mission dans les lignes ennemies, du sang coulant dans son cou. Trépané cinq heures après la blessure, il dut subir de nouvelles tentatives d'extraction trois jours après, mais des radiographies ultérieures ont montré que de petits fragments, qui sont demeurés dans la région occipito-pariétale gauche, n'avaient pu être retirés.

Des troubles subjectifs (étourdissements, vertiges, bourdonnements d'oreilles) ont suivi presque immédiatement et se produisent encore. Il a été réformé le 2 septembre 1917. Les crises comitiales sont apparues dès son retour chez lui, alors que la monoplégie brachiale droite, importante au début, s'est réduite à une incapacité fonctionnelle minime, avec modification des réflexes et légère maladresse des mouvements.

Actuellement, L... présente une perte de substance de la taille de un franc, à fond pulsatile, faisant hernie lors des crises, des céphalées intermittentes et des phénomènes vertigineux.

Ses grands accès se produisent malgré le traitement gardénalique tous les quatre jours environ. Ils durent un quart d'heure, sont précédés de signes avant-coureurs qui laissent toujours au malade le temps de se protéger : bourdonnements d'oreille, bruits évoquant le tac-tac des mitrailleuses et faisant revenir en éclair des souvenirs de combat, quelquefois nuages de fumée et mouches volantes. A ce moment, il *sente venir la crise*, essaie d'appeler, mais comme alors il est toujours *anarthrique*, il en est réduit à agiter les bras pour avertir l'entourage ; il s'étend de lui-même ou se fait étendre, ne s'est jamais blessé, ne tombant pas. Puis, il perd connaissance, se mord la langue toujours du côté gauche, urine sous lui, présente durant quelques minutes des convulsions toni-cloniques généralisées d'emblée. Il

reste par la suite anéanti et revient à lui au bout d'un quart d'heure environ. Au début de l'accès la pâleur du visage est inconstante.

En octobre 1935, il a présenté une crise beaucoup plus violente que les autres. Il a eu, comme d'habitude, des sensations de bouillonnement céphalique et des auditions de mitrailleuse, puis sa femme, qui l'avait aussi étendu sur le lit, vit soudre aux angles internes des deux yeux des gouttelettes sanglantes, coulant sur ses joues comme des larmes. Il n'y avait aucune rougeur conjonctivale. Elle fut violemment émue par ce spectacle, et, pendant qu'une voisine restait auprès de L..., alla quérir un médecin parfaitement éclairé, que je connais, et qui m'a confirmé la chose : ces pleurs traçaient un sillon rouge sur les joues, avaient l'aspect du sang pur et les gouttes tachaient le linge. D'autres séchaient sur la face comme l'eût fait le sang d'une blessure. Il constata presque aussitôt l'apparition d'un épistaxis survenant secondairement à ce phénomène, puis apparurent des manifestations convulsives habituelles et particulièrement intenses, ayant laissé dans le décours un épuisement plus prolongé que d'habitude et une torpeur qui, cette fois, dura quarante heures après le retour de la connaissance. Tels sont les faits qui ne se sont jamais reproduits depuis, dont le malade avait pris conscience au début, et qui avaient étonné aussi bien l'entourage que le médecin, ignorant tous, à commencer par le malade, l'existence de phénomènes mystiques de ce genre et singulièrement n'ayant jamais entendu parler de la stigmatisée de Konersreuth. La quantité de sang écoulee semble assez difficile à apprécier rétrospectivement. Elle fut toutefois assez abondante pour noyer les joues et tacher les vêtements longtemps avant que l'écoulement nasal ne se produise.

L'examen objectif nous a permis d'éliminer un certain nombre de points importants. La tension artérielle du sujet est normale, de même que le temps de saignement : deux minutes. Il n'existe aucune tendance hémophilique, aucun antécédent de cet ordre. Le sujet n'a présenté aucune autre sorte d'hémorragie spontanée, périphérique ou viscérale. Il est de bonne santé habituelle et de tempérament solide. L'examen des divers appareils est strictement négatif.

L'examen neurologique ne comporte d'autres particularités que celles qui ont déjà été mentionnées. Les réflexes patellaires sont légèrement exagérés. Il n'existe pas de troubles pyramidaux, extrapyramidaux ou cérébelleux. La motricité et l'équilibration ne sont pas altérées. Seul le reliquat monoplégique insignifiant persiste.

Les réflexes oculo-cardiaque et solaire n'étaient pas sensiblement modifiés lors des divers examens. Si le réflexe oculo-cardiaque ne donnait qu'un ralentissement insignifiant : — 2, le réflexe solaire ne se traduisait pas par une accélération du poulx, le nombre des pulsations restant toujours immo- di
fié.

L'examen psychique permet d'affirmer qu'il n'existe aucun trouble intellectuel ni émotionnel chez ce sujet. Le caractère est égal. On ne constate pas de ralentissement idéo-moteur. L... n'est sujet à aucune

colère, à aucune irritabilité, à aucune impulsion. Il ne présente pas la mentalité épileptique. D'autre part, il n'a jamais éprouvé d'hallucinations, même dans le champ hémianopsique. Enfin, les diverses épreuves effectuées montrent que la représentation spatiale est en tous points normale.

L'examen ophtalmologique (D^r Dubar) n'a révélé ni lésions conjonctivales, ni modification des caroncules. Tous les réflexes oculaires sont normaux. Le fond d'œil est normal. Le champ hémianopsique présente une disposition assez particulière : c'est une hémianopsie latérale, homonyme droite, mais qui n'intéresse que le quadrant supérieur droit de l'œil gauche, et, plus complète pour l'œil droit, laisse néanmoins une encoche de vision normale à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur de la zone aveugle de ce côté. Il n'existe, par ailleurs, aucun trouble de l'acuité visuelle, ni aucune modification d'ordre myopique ou hypermétropique. Il y a lieu, toutefois, de comparer cet examen ophtalmologique à celui pratiqué par le D^r Bolotte pour le cas de larmes de sang, déjà signalé, puisqu'il existait dans ce cas des modifications de l'acuité et même du champ visuel, très légères il est vrai.

La simulation doit être rigoureusement écartée en l'occurrence : elle serait sans objet et le fait est resté unique. En outre, l'origine traumatique de tels accidents, la coïncidence d'une crise comitiale immédiatement consécutive, suffisent à lever tous les doutes. Et pourtant, à ne s'en tenir qu'aux apparences, ces accès ont des caractères bien particuliers. Les auras sont prolongées, permettent au malade de prendre toutes ses précautions et de ne se faire aucun mal, présentent des caractères hystériformes, comme il en a été signalé (Briand et Costedoat (1), Courbon et Magnand (2), Serin et Picard) (3). Les pleurs de sang ne peuvent qu'ajouter à cette confusion en évoquant les transes des mystiques et les stigmatisations célèbres. Cependant, les larmes de sang ne figurent pas fréquemment parmi les manifestations religieuses. Elles sont signalées souvent à titre simplement complémentaire et nos recherches, incomplètes sans doute, ne nous ont permis de retenir à cet égard que les cas d'Elisabeth d'Herkenrode au ^{xiii}^e siècle, de Gemma Galgani à la fin du ^{xix}^e et, tout récemment, de Thérèse Neumann, de Konersreuth. A la lumière du fait que nous venons de rapporter, l'on ne se sent guère autorisé à suspec-

(1) MARCEL BRIAND et COSTEDOAT. — Aura épileptique anormalement prolongée. *Soc. Clin. Médecine mentale*, juillet 1924.

(2) COURBON et MAGNAND. — Crises d'épilepsie à aura hystériforme. *Idem*, 30 avril 1927.

(3) S. SERIN et PICARD. — Un cas d'épilepsie avec aura prolongée. *Idem*, 26 février 1928.

ter ce genre de stigmatisation de supercherie, mais il faut le rattacher à des troubles physiopathiques plus généraux dont le paroxysme épileptique peut n'être qu'une des expressions.

M. BRISSOT. — Le rapport entre l'épistaxis et les larmes de sang chez ce malade est à retenir, pour expliquer la pathogénie de celles-ci. Quant au cas de Thérèse Neumann, les autorités religieuses observèrent les plus grandes réserves, concernant la spontanéité de ses larmes sanglantes.

M. Georges DUMAS. — Ces larmes de sang, en rapport avec une crise convulsive ou survenant chez des mystiques, sont d'une pathogénie obscure. On a également signalé les sueurs de sang émotionnelles, dont la nature est suspecte, puisque constatées habituellement chez les femmes hystériques. Je n'en ai jamais constatées. Mais Pajot leur a consacré un long travail.

M. P. COURBON. — Je n'ai jamais constaté ni larmes, ni sueurs de sang. Mais sur un chien épileptique m'appartenant, j'ai constaté un dégagement d'odeurs nauséabondes durant les crises convulsives et les accès d'automatisme ambulateur. Pendant les courses haletantes et effrénées auxquelles il se livrait alors, l'œil hagard, hurlant, bavant, ne reconnaissant plus personne, n'obéissant plus à aucun appel, l'odeur nauséabonde était si intense qu'elle était perçue dans le parc de l'Asile de Vaucluse par les promeneurs qui le croisaient. Aucune évacuation alvine, aucun relâchement sphinctérien n'avait lieu pendant ces crises qui duraient parfois une demi-heure et dont certaines se passèrent dans une chambre où je parvins quelquefois à enfermer la pauvre bête. On eût dit que la confusion mentale et les convulsions s'accompagnaient d'une perméabilité de la muqueuse intestinale permettant le passage des gaz dans le sang et leur exhalaison par la respiration. Semblables faits ont été signalés chez un homme par Briand.

M. Georges DUMAS. — Les mystiques ont décrit, eux aussi, l'odeur nauséabonde chez des convulsionnaires. Elle était pour eux la preuve de la présence du diable dans le corps d'un possédé.

La séance est levée à 18 h. 40.

Les Secrétaires des séances :

Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 9 Décembre 1937

Présidence : **M. BARRÉ**, président.

Les hallucinations consécutives aux lésions pédonculaires en foyer,
par MM. J. LHERMITTE et A. BINEAU.

Deux observations nouvelles de l'hallucinosé pédonculaire, remarquables par la grande similitude des traits cliniques : dans l'une comme dans l'autre, début par ictus avec diplopie, somnolence diurne prolongée, légère hémiplegie, syndrome cérébelleux. Ces deux traits où l'on voit l'hyper-somnie précéder les hallucinations ou s'intriquer avec elles, indiquent bien la solidité de la thèse soutenue dès le principe par Lhermitte : à savoir que les hallucinations du syndrome pédonculaire n'étaient qu'une expression d'un onirisme dissocié.

Syndrome de sclérose latérale amyotrophique avec érythrémie,
par MM. BAUDOUIN et ROSIER.

Les auteurs rapportent l'observation d'un syndrome d'Aran-Duchenne avec signes pyramidaux, fibrillations, etc., chez un malade à gros foie dur et scléreux, accompagné d'un syndrome d'érythrémie avec varicosités à topographie radiculaire. Ils discutent les rapports des syndromes hématique et neurologique.

Acrodynie avec troubles mentaux, par M. HEUYER et M^{me} ROUDINESCO.

Observation d'un cas d'acrodynie chez un enfant de 10 ans, à début par épisode onirique. Les signes d'acrodynie d'importance secondaire furent

améliorés par le traitement à l'acéchole. Les auteurs insistent sur l'âge du sujet, l'acrodynie apparaissant d'habitude plus précocement, et sur la précession des troubles psychiques sur l'acrodynie.

Discussion. — M. BIZE considère que l'acrodynie se voit fréquemment après l'âge de 7 ans. Pour lui, le traitement par l'acéchole n'est qu'un traitement par analogie ; d'autres traitements tels que l'or donnent de bons résultats.

M. GARCIN rapporte le cas d'un petit malade de 3 ans dont les premiers signes de l'acrodynie furent des troubles du caractère. Le traitement par les infra-rouges en fit disparaître les symptômes.

Syndrome de Claude Bernard-Horner par lésion du thalamus (Expérimentation chez le chien), par MM. GARCIN et KIPFER.

Les auteurs, par électrolyse uni-polaire, après destruction du thalamus, ont observé le syndrome de Claude Bernard-Horner chez le chien, avec pupilles en myosis, chute de la paupière supérieure mais exophtalmie moins nette.

Sclérose en plaques avec céphalée très vive, accidents pseudo-comateux, et occlusion intestinale par ileus spasmodique, par MM. SCHAEFFER et ARMINGEAT.

Cette observation de sclérose en plaques se distingue par les faits suivants : 1) l'existence de multiples poussées évolutives, huit à dix en six ans, toutes spontanément curables, constituées par des hémiplegies ou des monoplegies sensitivo-motrices ; 2) des accidents atypiques tels que des céphalées très pénibles, ne cédant à aucune thérapeutique, suivies dans un cas d'accidents stuporeux et pseudo-comateux ayant duré dix jours environ ; 3) un syndrome d'occlusion intestinale typique avec arrêt des matières et des gaz, météorisme considérable, hoquet et vomissements porracés par iléus spasmodique, ayant nécessité l'intervention opératoire. Les auteurs insistent sur la rareté de tels accidents dans la sclérose multiple, sur leur mécanisme et leur traitement.

Syndrome protubérantiel avec myoclonie du voile homolatéral, par MM. GARCIN et FAURE-BEAULIEU.

Les auteurs ont observé, chez un ancien syphilitique, l'apparition d'un syndrome alterne consécutif à un ictus. Quatre ans après, sont apparus les myoclonies du voile homolatéral surajoutées à l'état parétique. Pour ces auteurs, la lésion protubérantielle atteindrait la région bulbaire, car il existe une lésion du noyau ambigu qui doit probablement atteindre les fibres olivo-dentelées.

Compression médullaire au cours de la maladie de Paget.

Opération. — Guérison, par MM. J. HAGUENAU et A. SICARD.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade présentant une compression lente de la moelle, due à une maladie de Paget. C'est une éventualité rare, puisque c'est le huitième cas publié. Les auteurs insistent par-

ticulièrement sur l'intérêt de l'épreuve du lipio-diagnostic, qui permet de reconnaître l'origine des signes médullaires, car la moelle peut être atteinte, au cours de la maladie de Paget, non seulement par compression, mais aussi par lésion vasculaire. Le lipio-diagnostic est à pratiquer par voie haute et par voie basse, pour délimiter d'une façon précise l'importance de la laminectomie à pratiquer ; celle-ci reste en effet le traitement de choix qui, dans ce cas particulier, a débarrassé le malade des symptômes médullaires.

Radicotomie rétro-cassérienne dans une névralgie faciale secondaire.
Guérison, par MM. J. HAGUENAU et A. SICARD.

A propos d'une observation, les auteurs discutent les indications de la radicotomie dans la névralgie faciale. Reconnaisant avec tous que l'indication majeure de cette intervention est la forme « essentielle », que la contre-indication majeure est le névralgisme facial, ils comparent l'observation de leur malade avec quelques cas déjà publiés où la radicotomie a guéri des névralgies « secondaires ». Ils estiment que l'opération, dans les névralgies « secondaires », semble devoir être réservée aux cas d'algies faciales par lésion parenchymateuse (sclérose en plaques, syringo-bulbie, etc.) beaucoup plus qu'aux compressions du tronc nerveux par tumeur. Ils insistent surtout sur le fait que, même dans les névralgies « secondaires », il ne faut opérer que les cas qui présentent une stricte unilatéralité, un siège limité au trijumeau et une hyperesthésie cutanée manifeste.

Discussion. — M. SCHAEFFER rapporte deux cas de névralgie faciale par syringobulbie, guéris par la méthode opératoire.

L'électrocardiographie dans la catatonie, par MM. H. BARUK et RACINEF.

Paralysie périodique et psychose périodique,
par MM. BARUK et POMMEAU-DELILLE.

Collapsus ventriculaire cérébral post-traumatique,
par MM. Ed. KREBS, P. PUECH et J. BRUNHES.

Les auteurs présentent quelques observations de collapsus ventriculaire cérébral post-traumatique. Cette complication des traumatismes crâniens, connue depuis les travaux de Leriche, est plus fréquente qu'on ne le croit d'ordinaire. Elle peut être isolée ou prédominante, s'associer à une méningite séreuse, à une hémorragie ventriculaire, à un hématome sous-dural ou même extra-dural, comme en font foi les divers cas présentés. Le tableau clinique de cette hypotension ventriculaire est très semblable à celui de l'hypotension intracrânienne réalisée par les complications habituelles des traumatismes crâniens. La ponction lombaire est insuffisante à révéler la nature de la complication, et dangereuse. Comme Cl. Vincent l'a montré, la ponction ventriculaire doit lui être préférée pour en assurer le diagnostic : c'est elle aussi qui permet d'en mener à bien le traitement, par regonflage du ventricule hypotendu. Les auteurs insistent plus particulièrement sur les avantages qu'il y a à réinjecter et à réinsuffler le ventricule cérébral du côté sain.

Syndrome hémorragique terminal avec œdème cérébral et viscéral dans un cas de myasthénie, par MM. ALAJOUANINE, HORNET et MORAX.

Présentation d'un cas de myasthénie typique dont l'évolution terminale rapide fut caractérisée par l'apparition de troubles vasomoteurs au membre inférieur gauche, avec cyanose, œdème, puis mort par asphyxie. L'examen anatomique a montré, à côté d'une tumeur du thymus et d'une anomalie médullaire, de la congestion de tous les viscères, vaso-dilatation cérébrale avec œdème.

M. LECONTE.

Société de Médecine Légale de France

Séance du 13 Décembre 1937

Présidence : Professeur LECLERCQ, président

Remarques sur quelques troubles du caractère de l'adulte en psychiatrie médico-légale.

J. DUBLINEAU (d'Armentières) montre que la diffusion des notions de prophylaxie criminelle et de défense sociale entraîne des examens psychiatriques nombreux et précoces de déséquilibrés caractériels pour lesquels l'internement continue de s'avérer difficile, en l'absence de nouvelles dispositions législatives ou d'organismes appropriés. La généralisation des internements préventifs soulèverait d'ailleurs rapidement des difficultés d'un autre ordre (difficultés d'appréciation de la responsabilité pour les actes antisociaux graves, difficulté du maintien à l'hôpital psychiatrique). Il est possible, dans le cadre de la législation actuelle, d'arriver à un compromis : 1° en faisant surveiller par les organismes en vigueur (police, gendarmerie et, le cas échéant, dispensaires d'hygiène mentale) les sujets expertisés, mais non internés ; 2° en ne faisant décider les sorties de l'asile des sujets internés que par jugement après nouvelle expertise, au besoin en dispensant plus libéralement le bénéfice de l'assistance judiciaire aux parties en cause.

M. SCHIFF estime que la thérapeutique sédatrice du système nerveux est capable de limiter dans une certaine mesure les réactions de ces sujets. Il préconise la séparation du milieu familial où les manifestations se sont produites.

FRIBOURG-BLANC.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 Novembre 1937

Présidence : M. Fr. NYSSSEN, président

M. le Président souhaite la bienvenue à M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris), qui honore la séance de sa présence.

Le sympathique des obsédés, par M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Le système nerveux autonome se compose de trois parties : le système orthosympathique, le système parasympathique, ou vagal, et le système métasympathique, correspondant à l'« enteric nervous system » de Langley, formé d'éléments relativement autonomes obéissant aux modifications humérales.

Au point de vue clinique, on distingue quatre grands types vagosympathiques : le type vagal pur, à réflexe oculo-cardiaque exagéré, le type ortho-sympathique pur, à réflexe solaire exagéré, le type mixte caractérisé par une irritabilité des deux systèmes, et le type plus rare d'hypoexcitabilité générale des deux systèmes.

Ces divers types vago-sympathiques s'observent chez les obsédés.

L'obsession comporte deux éléments : le doute et l'anxiété.

Le doute a pour base un élément rituel qui rappelle certains rites primitifs, et qui peut être considéré comme un caractère récessif, paléontopsychique. Des caractères récessifs morphologiques se retrouvent d'ailleurs avec une très grande fréquence chez les obsédés.

De même au point de vue physiologique, les dysendocrinies légères, fausses notes dans le concret endocrinien, peuvent être jusqu'à un certain point interprétées dans le même sens. Sans perdre de vue l'influence très fréquente de l'hérédosyphilis, on peut donc considérer le syndrome obsessionnel dans son ensemble, comme une manifestation récessive.

L'anxiété est à la sensibilité ce que le doute est à l'intelligence. Deux facteurs interviennent dans l'anxiété : un élément psychique et un élément physique qui constitue l'angoisse. C'est ce qui explique que l'anxiété peut être déclanchée par un processus psychique ou par un processus neuro-humoral. L'alcalose semble jouer à ce dernier point de vue un rôle capital. La coïncidence entre l'obsession et l'alcalose est très fréquente ; on peut s'en rendre compte d'une manière simple par l'étude de l'acidité ionique de l'urine.

M. Laignel-Lavastine illustre les considérations qui précèdent de la rela-

tion de quelques cas personnels correspondant aux divers types vago-sympathiques décrits. Dans un de ces cas, l'influence possible des conditions météorologiques apparaissait clairement : chez un sujet atteint de petite vagotonie matinale, les psychalgies étaient exagérées parallèlement au degré hygrométrique de l'air et au pH urinaire. Le climat, le soleil, l'électricité atmosphérique ont également chez ces sujets une influence non douteuse. La température a aussi une grande importance et l'on voit parfois chez les vagotoniques l'obsession disparaître au cours de poussées hyperthermiques. Au point de vue thérapeutique, il faut songer toujours à la fréquence de la syphilis et à l'efficacité du traitement spécifique quand elle est en cause. Le calcium, la belladone, les barbituriques, l'opothérapie, les rayons ultra-violet, la pyrexie, les cures climatiques, sont les principales armes qui doivent être maniées, seules ou associées, dans chaque cas particulier.

En tenant compte à la fois des points de vue psychiatrique, neurologique et endocrinien, l'étude de l'obsession conduit d'une part à un élargissement de la neurologie dynamique par les facteurs endocrino-humoraux, et, d'autre part, à la légitimation de certains procédés thérapeutiques, considérés souvent comme folkloriques.

Cette conférence a été vivement applaudie et la séance a été suivie d'un thé offert par la Société en l'honneur de M. le Professeur Laignel-Lavastine.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 27 Novembre 1937

Présidence : M. VERMEYLEN, président

Troubles trophiques cutanés dans la paralysie périphérique du nerf crural, par M. J. DAGNELIE.

Relation du cas d'un jeune homme de 16 ans, dont l'affection débuta brusquement à l'occasion d'une chute, par des douleurs dans la cuisse et l'aîne du côté gauche. Il existe une monoplégie crurale gauche sans signes médullaires ni radiculaires, des troubles sensitifs et des paresthésies dans le domaine des nerfs crural, obturateur et saphène interne. Ces mêmes territoires présentent des troubles de la desquamation cutanée qui donnent aux régions atteintes un aspect sale. Ultérieurement, s'est développée dans les mêmes régions une hypertrychose manifeste, en même temps qu'apparaissaient des signes d'atrophie musculaire.

Il s'agit d'une lésion plexo-tronculaire probablement hémorragique, dont l'intérêt réside dans sa localisation assez rare et dans l'existence de ces curieux troubles trophiques.

Myokymie, par MM. L. Van BOGAERT et J. RADERMECKER.

Présentation d'un homme de 45 ans, invalide de guerre, pour blessures du membre inférieur droit, suivies de douleurs névritiques qui ont été aggravées en 1931 par une plaie infectée de la région. Depuis lors, on observe dans le membre inférieur des fibrillations musculaires spéciales, à caractère ondulatoire. Le malade se plaint en outre de crampes douloureuses, de paresthésies et de fatigabilité rapide. Il a dû abandonner tout travail. Les réflexes et les réactions électriques ne présentent pas d'anomalies. Il s'agit des phénomènes décrits par Schultze sous le nom de *myokymie* et par Kny sous le nom de *myoclonus fibrillaris multiplex*.

La glioblastomatose en plaques (Sur les limites anatomiques de la gliomatose et des processus sclérotiques progressifs : sclérose en plaques, sclérose diffuse de Schilder, sclérose concentrique), par H. J. SCHERER.

Un cas réunissant les caractères anatomiques d'un vrai néoplasme gliomateux avec ceux d'une sclérose périventriculaire diffuse, en plaques et concentrique aiguë, est étudié en détail. La propagation et l'extension des lésions est celle des processus démyélinisants en question ; au surplus, le comportement du processus vis-à-vis de fibres myéliniques, la limitation des foyers, et, dans une partie des lésions, l'aspect histologique (inflammatoire, dégénératif, réactif) correspondent parfaitement à la sclérose en plaques et diffuse de Schilder. Mais ces parties se poursuivent directement dans un processus néoplasique vrai du type du « glioblastome multiforme ganglioïde ». Cette tumeur diffuse et multiloculaire ne possède pas seulement toutes les caractéristiques cytologiques et structurales d'un vrai glioblastome, mais elle présente également tous les signes biologiques d'un néoplasme, tels que croissance destructive, envahissement par le tissu néoplasique, des méninges, des plexus choroïdes, du système ventriculaire.

Il s'agit donc d'un glioblastome, possédant cependant de nombreux rapports anatomiques et histopathologiques avec le groupe des maladies démyélinisantes. Il ne s'agit certainement pas de deux maladies différentes combinées mais d'un seul processus.

Ce cas exceptionnel permet différentes interprétations qui sont discutées en détail. L'hypothèse la plus probable est celle de la transition d'une sclérose en plaques et diffuse aiguë dans un processus néoplasique vrai. Partant de cette interprétation, l'auteur compare le cas avec certains cas rares de la littérature, où le diagnostic différentiel histopathologique entre néoplasme et sclérose en plaques aiguë ou encéphalomyélite disséminée, restait en suspens. L'interprétation n'est pas en désaccord avec nos connaissances actuelles sur la genèse des néoplasmes en général.

J. LEY,

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion de la Société Suisse de Psychiatrie

89^e Réunion, Munsingen près Berne (29-31 mai 1937)

LA THÉRAPEUTIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

CHOC INSULINIQUE. CARDIAZOL. SOMMEIL PROLONGÉ

(Les rapports et communications présentés à cette réunion ont été publiés dans un fascicule spécial, supplément des *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, chez Orell Fuessli, édit., Zurich).

L'insulinothérapie de la Schizophrénie (die Insulintherapie der Schizophrenie), par M. MUELLER (de Muensingen).

Après une revue générale de la question, l'auteur rapporte en particulier les résultats obtenus en Suisse. L'impression qui se dégage des constatations faites jusqu'ici est extrêmement favorable. La preuve de l'efficacité de la méthode de Sakel est faite ; d'autre part, cette méthode soulève une foule de problèmes — physiologiques, neurologiques, psychiatriques, psychologiques, psychopathologiques. Il faut se garder de déductions hâtives, insuffisamment fondées.

Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas dont le début remonte à moins de 12 mois. La différence n'est pas très appréciable entre les cas avec durée inférieure à six mois et ceux avec durée de la maladie entre six et douze mois. Mais passé ce délai, la proportion des résultats favorables diminue rapidement. Les formes paranoïdes et catatoniques agitées sont les mieux influencées par le traitement, les formes stuporeuses et l'hébéphrénie résistent davantage. Mais cela n'est vrai que pour les cas récents ; parmi les cas anciens les plus réfractaires sont les démences paranoïdes. La durée moyenne du traitement est de 52 jours pour les cas favorables (rémissions totales et sociales). La mortalité a été très basse : deux décès sur plus de 400 malades traités.

La nature et la genèse du traitement hypoglycémique des psychoses
(Das Wesen und die Entstehung der Hypoglykämiebehandlung der Psychosen), par M. SAKEL (de New-York).

L'auteur expose les origines et les étapes successives de l'insulinothérapie, dont les débuts remontent à 1928 ; dérivée du traitement insulinique de la morphinomanie, elle fut d'abord tentée comme traitement sédatif des troubles psychotiques en général, pour devenir finalement une méthode spécifique de traitement de la schizophrénie. Le hasard fut parfois le guide ; la production accidentelle, non voulue, de chocs comateux ou convulsifs, permit de reconnaître leurs effets particulièrement favorables. Mais l'auteur montre aussi le profit qu'il tira de l'hypothèse de travail sur laquelle il s'appuyait. Blocage de la cellule et de ses échanges, dislocation des frayages intracellulaires et isolement des courts-circuits, cette dislocation atteignant d'abord les frayages les plus récents, c'est-à-dire les frayages pathologiques dans le cas de la psychose. Il montre que la clinique du choc appuie dans une certaine mesure cette hypothèse. Des mécanismes neurovégétatifs, en particulier les modifications du métabolisme hydrique, semblent jouer un rôle important dans l'action thérapeutique. Les résultats sont extrêmement favorables : 80 0/0 de rémissions totales et sociales dans les cas avec début récent, 40 0/0 de rémissions sociales dans les cas anciens. Une modification de la méthode, s'appliquant aux cas anciens, est à l'étude.

Considérations générales sur le traitement par le cardiazol. Allgemeine Betrachtungen über die Cardiazoltherapie, par L. von MEDUNA (d'Angyal-föld, Hongrie).

Le traitement par le cardiazol n'est pas une méthode empirique, mais il est basé sur la notion de l'antagonisme entre la schizophrénie et l'épilepsie ; cet antagonisme est prouvé par la clinique et il trouve une expression dans la constitution et notamment la morphologie différente des malades des deux catégories. La méthode du cardiazol a pour elle sa simplicité, sa nature peu dangereuse, son caractère peu coûteux. Elle ne veut pas concurrencer l'insulinothérapie ; elle prétend simplement compter parmi les méthodes de traitement efficaces de la schizophrénie. Elle peut donner des résultats favorables quand l'insulinothérapie a échoué et inversement, ce qui indique que les deux thérapeutiques agissent selon des mécanismes différents. L'auteur a obtenu de bons résultats dans 60 0/0 des cas ; les proportions inférieures enregistrées ailleurs sont dues entre autres à la négligence des facteurs psychologiques du traitement. Les risques sont extrêmement réduits. Les affections cardiaques graves sont une contre-indication formelle ; en cas de troubles cardiaques bien compensés, le traitement peut être tenté avec prudence. L'examen à l'électrocardiogramme démontre l'innocuité du traitement pour le muscle cardiaque sain.

De la physiologie du choc hypoglycémique dans le traitement de la schizophrénie (Zur Physiologie des hypoglykämischen Schocks bei der Behandlung der Schizophrenie), par BEIGLBÖCK et DUŠÍK (de Vienne).

Les auteurs analysent les répercussions de l'hypoglycémie insulinique sur l'appareil circulatoire : le muscle cardiaque doit fournir un effort considérable ; l'émigration des ions K du sang vers les tissus a une influence défa-

vorable sur le cœur ; la différence entre les pressions systolique et diastolique est augmentée ; la quantité totale du sang circulant est diminuée par suite de la déperdition massive du sérum, mais la vitesse de la circulation est considérablement augmentée ; les érythrocytes sont augmentés ; le sang veineux est saturé en oxygène. Les auteurs insistent en particulier sur les modifications de la concentration ionique du sérum, par suite d'une inversion du sens de la migration des ions sanguins. Le choc hypoglycémique produit à ce point de vue des effets opposés à ceux du choc anaphylactique.

Les affections cardiaques et les hyperthyroïses sont des contre-indications à l'insulinothérapie. Il faut se méfier d'autre part d'un recours excessif aux injections d'adrénaline.

Démence précoce, hypoglycémie, insuline, vitamine B1,
par V. DEMOLE (de Bâle).

L'administration de vitamine B1 fait diminuer la fréquence et l'intensité des convulsions hypoglycémiques et abrège la durée de l'hypoglycémie. Elle exerce une action antitoxique sur les symptômes du coma hypoglycémique (expérimentation sur le lapin et le rat). Pour expliquer l'action thérapeutique de l'insuline, l'auteur fait appel à l'influence de l'insuline sur le métabolisme intermédiaire glucidique ; l'insuline favorise la combustion des substances toxiques intracellulaires. Des mécanismes semblables doivent être invoqués en ce qui concerne les autres méthodes thérapeutiques récentes : cardiazol, cure par le sommeil prolongé, méthode à l'acide cyanhydrique.

Problème des convulsions et insulinothérapie (Krampfproblem und Insulintherapie), par F. GEORGI (de Berne).

L'hypoglycémie insulinique peut être divisée en trois phases : 1) Baisse de la glycémie et augmentation du potentiel entre le glucose intracellulaire et le glucose du sérum, il en résulte une hyperexcitabilité de la cellule qui atteint son maximum quand le potentiel est le plus élevé ; c'est à ce moment que les accidents convulsifs ont tendance à se produire. — 2) La deuxième phase commence 60-120 minutes après l'injection. Elle consiste en une diminution progressive du sucre intracellulaire qui émigre dans le milieu ambiant ; les phénomènes de torpeur et de coma en sont la conséquence. — 3) Cette phase fait suite à l'administration du glucose. Celui-ci est absorbé rapidement par les cellules tandis que la glycémie monte bien plus lentement ; l'augmentation passagère du potentiel précité qui en résulte, peut de nouveau conditionner des crises convulsives. Or, après l'injection du cardiazol, des phénomènes semblables se produisent, mais dans un temps beaucoup plus court ; on constate des oscillations considérables de la glycémie et des perturbations de l'équilibre ionique K-Ca. Ainsi, le traitement insulinique et le traitement par le cardiazol semblent beaucoup s'apparenter par leurs mécanismes d'action. Ils provoquent une irritation de la membrane cellulaire et une augmentation des échanges entre la cellule et le milieu ambiant.

Problème des convulsions et insulinothérapie (Krampfproblem und Insulintherapie), par F. GEORGI et R. STRAUSS (de Berne).

Partant des considérations précédentes, les auteurs ont tenté l'association des deux méthodes thérapeutiques — insuline et cardiazol ; ils préconisent

la cure combinée en cas d'échec des traitements isolés. La technique consiste à associer, pendant la phase des chocs hypoglycémiques, 2-3 fois par semaine des injections de cardiazol, données deux heures après l'injection d'insuline. Le choc est interrompu après l'arrêt des convulsions, c'est-à-dire en moyenne 30 minutes après l'injection du cardiazol. On peut se contenter de faire la cure combinée 2-3 fois par semaine et de suspendre le traitement insulinique pendant les jours intervallaires.

Insuline et appareil circulatoire (Insulin und Kreislauf),
par W. HADORN (de Berne).

Le choc insulinique est une véritable épreuve du feu pour l'appareil cardiovasculaire. Il n'est pas dangereux quand les organes de la circulation sont parfaitement sains, mais toute lésion de ces organes est une contre-indication ou commande une très grande prudence. Il est trop tôt encore pour affirmer que des séquelles tardives ne sont pas à craindre.

Le réveil du choc hypoglycémique (Das Erwachen aus dem hypoglykämischen Schork), par Ch. PALISA et A. FLACH (de Vienne).

Les auteurs décrivent les divers aspects, très variés, du réveil après le choc insulinique, et leurs rapports avec la durée, l'intensité, le mode d'interruption du choc, la dose d'insuline administrée.

Les troubles neurovégétatifs des schizophrénies et leurs rapports avec les thérapeutiques par l'insuline, le cardiazol et le sommeil prolongé (Die neurovegetativen Störungen der Schizophrenien und ihre Beziehungen zur Insulin-, Cardiazol- und Schlafkurbehandlung), par O. PFISTER (d'Hérisau).

L'auteur expose une théorie pathogénique de la schizophrénie qui invoque des perturbations de certains systèmes de régulation neurovégétative ayant des répercussions sur le fonctionnement cortical. Une telle théorie fait mieux comprendre l'efficacité des thérapeutiques nouvelles.

Communication provisoire sur les résultats de l'observation des fonctions végétatives pendant le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique (Vorläufige Mitteilung über Beobachtungsergebnisse von vegetativen Funktionen bei der Insulinschockbehandlung Schizophrener), par H. WESPI (de Zurich).

Ces observations, qui portent sur l'état des pupilles, les sécrétions sudorales et salivaires, la fréquence du pouls, la pression artérielle, le métabolisme, la concentration ionique, les symptômes capillaires, montrent que l'équilibre neurovégétatif n'est pas rompu, pendant l'état hypoglycémique, dans un sens déterminé, mais qu'il y a dissociation des fonctions végétatives, avec des oscillations tantôt vers la sympathicotonie, tantôt vers la vagotonie.

Recherches histopathologiques expérimentales sur le choc insulinique (Ricerche istopatologica sperimentali sullo shock insulinico), par F. ACCORNERO (de Rome).

L'auteur a relevé des lésions cérébrales graves, en partie irréversibles, chez des chiens sacrifiés après 30 chocs insuliniques comateux. A côté de lésions diffuses, il a observé des destructions en foyer avec disparition de tous les éléments nerveux et prolifération d'origine vasculaire.

Recherches sur la perméabilité de la barrière hémoméningée dans la schizophrénie et son comportement au cours du traitement par le choc insulinique (Untersuchungen über die Permeabilität der Blutliquorschranke bei der Schizophrenie und deren Beeinflussung durch die Insulinschocktherapie), par W. M. FORSTMAYER (de Vienne).

La perméabilité est augmentée pendant les phases évolutives du processus schizophrénique, diminuée pendant les phases inactives et les rémissions, et dans la démence terminale. L'insulinothérapie ne semble pas la modifier d'une façon appréciable.

Le comportement de la glycémie vraie pendant le choc insulinique (Zum Verhalten des wahren Blutzuckers während des Insulinschocks), par R. FREUDENBERG (de Vienne-Londres).

La rapidité de l'apparition des symptômes hypoglycémiques dépend de la rapidité et de l'intensité de la chute de la glycémie. Dans les cas examinés par l'auteur, le coma ne s'est produit qu'une heure et 20 minutes au moins après que la glycémie fut tombée au-dessous de 0,30 centigrammes. Les réflexes peuvent être conservés malgré une glycémie pratiquement tombée à zéro.

Les troubles cérébraux dans l'hypérinsulinémie provoquée,
par G. de MORSIER (de Genève) et H. BERSOT (du Landeron).

Les auteurs passent en revue les symptômes neurologiques de l'hypoglycémie insulinique et les rapprochent des syndromes d'automatose observés en clinique. « La découverte de Sakel ne constitue pas seulement un traitement très remarquable de la schizophrénie, mais encore une méthode absolument nouvelle et féconde pour étudier la physiopathologie cérébrale. »

Choc "insulinique" et choc "analeptique" chez le lapin,
par V. DEMOLE et H. BERSOT.

La symptomatologie est nettement différente dans les deux cas. D'ailleurs dans le choc analeptique il y a hyperglycémie, tantôt très légère, tantôt accentuée.

Contribution à l'histophysiologie de l'insuline (Beiträge zur Histophysiologie des Insulins), par H. E. SCHMID (de Muenchenbuchsee).

L'hypoglycémie insulinique provoque des lésions des centres nerveux et des organes de la régulation du métabolisme. Les lésions pancréatiques,

surrénales et hypophysaires sont particulièrement intenses. Mais toutes ces lésions doivent être considérées comme réversibles. Des séquelles tardives ne semblent pas devoir être redoutées. La méthode de Sakel n'est pas nuisible pour l'organisme à condition d'être appliquée avec la prudence indispensable.

Résultats obtenus avec la thérapeutique convulsivante à la clinique psychiatrique de Berne (Ergebnisse der Konvulsionstherapie an der psychiatrischen Klinik in Bern), par O. BRINER.

L'auteur considère la méthode de V. Meduna comme un progrès important de la thérapeutique de la schizophrénie. Il a obtenu des rémissions sociales dans la moitié des cas avec durée inférieure à un an, mais il a observé des résultats très favorables également dans des cas anciens (trois cas sur 24 avec durée entre un et cinq ans, trois sur 54 avec durée supérieure à cinq ans. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les formes catatoniques, et surtout dans les catatonies tardives.

Recherches expérimentales sur l'accès épileptique provoqué par le courant électrique (Ricerche sperimentale sull'accesso epilettico da corrente elettrica), par L. BINI (de Rome).

L'auteur rapporte ses observations sur des crises épileptiques expérimentales provoquées à l'aide de l'électricité. Il pense qu'il n'est pas exclu qu'un jour des méthodes de choc à l'aide d'agents physiques seront mises au point.

Critiques et indications des thérapeutiques de la schizophrénie,
par F. HUMBERT et A. FRIEDEMANN (de Berne).

Les auteurs signalent les avantages et les inconvénients des méthodes nouvelles : sommeil prolongé, insuline, cardiazol, et indiquent quelques détails de technique intéressants. Ils insistent sur le rôle des mécanismes psychologiques qui interviennent dans la guérison et que les méthodes de choc ne font que réveiller et accentuer. Nous relevons cette remarque concernant l'insulinothérapie : « dans quelques cas concernant de très bonnes guérisons sociales, nous n'avons en effet pas pu nous défendre de l'impression que les malades paraissaient plus obtusément euphoriques, passifs et indifférents qu'ils ne semblaient avoir été avant leur poussée malade. Cette impression peut-être mise en parallèle avec ce que nous voyons dans les rémissions spontanées avec restitution incomplète des fonctions mentales, mais avec l'insuline la différence se révèle plus frappante à cause du laps d'observation plus court ».

Sur le traitement de la schizophrénie par le sommeil prolongé, à la clinique psychiatrique de Berne (Über die Dauerschlafbehandlung der Schizophrenie an der Psychiatrischen Klinik Bern), par F. LENNY.

Aucune complication mortelle n'a été observée parmi 200 cures de sommeil pratiquées depuis 1933. Mais il est indispensable de respecter les contre-indications : troubles cardiovasculaires, rénaux, états fébriles, etc. ; le traitement doit être arrêté quand la température dépasse 38°. Un exa-

men somatique complet à l'aide des méthodes d'exploration fonctionnelle modernes doit être fait avant chaque cure. L'action curative est due à la psychothérapie consécutive au sommeil prolongé et non à l'effet biologique du sommeil lui-même comme on a prétendu.

Sur le traitement de la schizophrénie par les agents physiques, à la clinique psychiatrique de Berne (Ueber physikalische Behandlung von Schizophrenien an der Psychiatrischen Klinik Bern), par F. LENNY.

Certains schizophrènes avec manifestations hystériformes, ou avec conscience partielle de leur état morbide sont accessibles à des cures d'un caractère très démonstratif. L'auteur communique quelques résultats obtenus à l'aide d'enveloppements selon la méthode de Priessnitz.

Etude expérimentale des convulsions produites par le Cardiazol chez le lapin, par G. de MORSIER, F. GEORGI et E. RUTISHAUER.

L'examen histopathologique des cerveaux de deux lapins sacrifiés après de nombreuses crises convulsives provoquées par le cardiazol a montré l'absence de lésions cellulaires. Dans l'un des deux cas, les vaisseaux, méningés notamment, étaient très dilatés.

L'insulinothérapie à la clinique neuropsychiatrique de Rome (La insulina-shock-terapia nella Clinica Neuropsichiatrica di Roma), par F. ACCORNERO et L. BINI.

Les auteurs ont obtenu des résultats excellents dans les cas avec début récents. Les premiers résultats du traitement associé insuline-cardiazol ont été également encourageants. Le coma hypoglycémique semble être dû à une perturbation du métabolisme hydrique et salin et par conséquent de la régulation humorale.

Observations et résultats de 52 cas de traitement de psychoses par l'insuline, par N. BENO (de Malévoz).

Les résultats ont été favorables dans les formes hébéphréniques, excellents dans les formes catatoniques, agitées et stuporeuses, de la schizophrénie. Deux états paranoïdes, relativement anciens, ne furent pas influencés par le traitement. Des résultats favorables ont été enregistrés également dans deux cas de manie aiguë. Un malade est mort d'œdème pulmonaire suraigu. Les auteurs insistent sur l'importance des facteurs psychologiques et sur l'action antitoxique du traitement, et préconisent certaines modifications de la technique : doses relativement petites, progression lente.

Constatations avec l'insulinothérapie chez les schizophrènes, en considérant en particulier les problèmes cliniques (Erfahrungen mit der Insulintherapie bei Schizophrenen unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Probleme), par I. P. FROSTIG (de Varsovie).

Le choc thérapeutique présente les caractéristiques suivantes : début du coma pendant la 3^e heure après l'injection de l'insuline, apparition des réflexes pathologiques des orteils pendant la 4^e heure, des crampes toni-

ques et des troubles végétatifs centraux pendant la 5^e heure. Cette motion doit guider dans la détermination de la dose d'insuline optima. L'auteur a obtenu 20 rémissions complètes sur 23 cas traités, dans les schizophrénies avec début récent, et sept rémissions complètes sur 30 cas anciens. Il a enregistré un décès.

Le quotient de l'abaissement de la glycémie. Contribution à la question de la sensibilisation à l'insuline (Der Blutzuckersenkungsquotient. Beitrag zur Frage der Insulinsensibilisierung), par I. P. FROSTIG, I. PERSYKO, H. PERSYKO (de Varsovie).

La sensibilité à l'insuline trouve son expression dans l'aspect de la courbe de l'hypoglycémie. Il faut en tenir compte pour déterminer la dose thérapeutique optima afin d'éviter les accidents dus aux doses excessives.

L'état hypoglycémique à la lumière de l'auto-observation (Der hypoglykämische Zustand in der Selbstbeobachtung), par E. KÜPPERS (d'Illenau en Bade).

Une assistante et deux étudiants ont observé sur eux-mêmes les effets de l'hypoglycémie insulinaire. Ce qui domine, c'est l'adynamie générale en rapport avec la privation du glucose.

Les nouvelles méthodes de traitement de la schizophrénie et le fonctionnement des établissements psychiatriques (Die neuen Behandlungsmethoden der Schizophrenie und der Anstaltsbetrieb), par H. ROEMER (d'Illenau).

L'auteur est partisan de l'insulinothérapie et de la méthode du cardiazol qui lui ont donné de bons résultats. Il insiste sur la nécessité d'organiser ces thérapeutiques dans des sections spéciales, et avec un personnel spécialement entraîné.

Résultats de l'insulinothérapie de la Schizophrénie (Ergebnisse der Insulinschockbehandlung der Schizophrenie), par M. MARZYNSKI (de Wilno).

L'auteur a obtenu de très bons résultats dans les schizophrénies avec durée inférieure à 6 mois (24 rémissions complètes ou très fortes améliorations sur 43 cas traités). Mais il se garde de conclusions optimistes trop hâtives, car les rémissions spontanées sont également assez fréquentes dans la schizophrénie au début.

Rémissions après traitement insulinaire, par M. L. PRESS (de Zurich).

Les résultats ont été moins favorables que ceux rapportés par d'autres auteurs. Il semble prématuré de parler d'un traitement spécifique de la schizophrénie. Les facteurs psychologiques semblent jouer un rôle important dans les rémissions.

Constatactions avec l'insulinothérapie en Angleterre (Erfahrungen mit Insulinbehandlung in England), par PULLAR-STRECKER (d'Edinburgh).

L'impression qui se dégage des premiers essais poursuivis en Angleterre est favorable.

Les communications suivantes concluent également à l'efficacité de l'insulinothérapie dans les psychoses schizophréniques :

Quelques observations sur la méthode de Sakel du traitement de la schizophrénie par l'hypoglycémie insulinique (Some observations on Sakels Insulin-Hypoglycemia treatment of Schizophrenia), par D. Ewen CAMERON et R. G. HOSKINS (de Massachusetts).

Trois ans et demi de thérapeutique de la schizophrénie par l'hypoglycémie provoquée. Résultats et Problèmes (Dreinhalf Jahre Hypoglykämie-therapie der Schizophrenie. Ergebnisse und Fragestellungen), par K. DUSSIG (de Vienne).

Constatations avec le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique (Erfahrungen mit der Insulinschocktherapie bei der Schizophrenie), par A. KRONFELD et E. STERNBERG (de Moscou).

Quelques expériences avec l'insulinothérapie des psychoses selon la méthode de Sakel, en Amérique (Early experiences with Sakels Hypoglycemic Insulin treatment of the psychoses in America), par I. WORTHIS (de New-York).

Sur une altération gliale particulière après des chocs insuliniques répétés, chez l'animal (Über eine besondere Gliaveränderung nach wiederholten Insulinschocks im Tierversuch), par Vladimir NICOLAJEW (de Ielgava, Lettonie).

Chez le rat blanc les chocs répétés provoquent une réaction névroglique autonome, antérieure aux lésions parenchymateuses ; elle doit être considérée comme la répercussion d'un trouble du métabolisme, hydrocarboné probablement.

Sur le pronostic du résultat de l'insulinothérapie et l'interprétation du mécanisme curatif (Recherches sur la perméabilité de la barrière hémoméningée et l'albuminorachie) (Zur Erfolgsprognose der Insulinschockbehandlung und zur Deutung des Heilungsvorganges) (Untersuchungen über Schrankenpermeabilität und Liquoreiweiss), par W. NICOLAJEW.

Dans les cas favorables le choc insulinique rétablit la perméabilité de la barrière hémoméningée qui est souvent diminuée dans la schizophrénie ; l'augmentation des globulines cesse rapidement. L'auteur pense que les chocs insuliniques ont une influence non spécifique sur le processus cérébral qu'ils « désactivent ». La question reste ouverte si l'insulinothérapie a également une action causale.

A propos du traitement chirurgical de la démence précoce,
par F. MOREL (de Genève).

L'auteur rapporte l'amélioration frappante constatée chez un dément précoce après résection du lobe frontal droit.

Le choc prolongé dans le traitement insulinique de la schizophrénie et les résultats de cette thérapeutique à Riga en Lettonie (Der protr. hierte Schock in der Insulinbehandlung der Schizophrenie und Ergebnisse der Therapie in Riga-Lettland), par W. KRAULIS.

Le coma est maintenu pendant plusieurs jours en n'administrant que de petites doses de glucose à la fois. Des malades réfractaires à l'insulinothérapie selon la méthode classique et au traitement par le cardiazol, ont été améliorés de cette manière au point de pouvoir reprendre leurs occupations.

M. Rubenovitch, de Paris, intervenant dans la discussion, fait part des impressions recueillies au cours des essais d'insulinothérapie poursuivis à la Clinique du Professeur Claude. Les divergences entre les Ecoles françaises et étrangères, en ce qui concerne les limites de la schizophrénie, ont évidemment une influence sur la proportion des résultats. Mais cela n'enlève rien au grand intérêt de la méthode de Sakel. Parmi les hypothèses qui tentent d'expliquer l'action de l'insuline, celles qui font intervenir des modifications du dynamisme cellulaire, apparaissent comme les plus plausibles. Il faut insister sur l'importance des facteurs psychologiques du traitement. Enfin, mieux vaut signaler les dangers réels et graves d'une insulinothérapie appliquée sans prendre les précautions indispensables que de proclamer l'innocuité de la méthode insulinique.

E. BAUER.

12^e Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique

Schvelsingen, Pays-Bas, 15-20 juillet 1936

Nouvelles directives pour une politique de la population inspirée par l'hygiène raciale (Weitere Richtlinien für eine rassenhhygienische Bevölkerungs politik), par I.-A. MJOEN.

Plusieurs Etats ont accompli des réalisations importantes dans le domaine de l'hygiène raciale, en se conformant aux onze points du programme de Lund. Un premier pas est donc fait ; il s'agit maintenant d'aborder une étape nouvelle qui consistera à créer l'Etat moderne, fondé sur des bases biologiques, grâce à une transformation totale des systèmes judiciaire, pédagogique, sanitaire. L'Etat biologique nouveau doit poser comme principe fondamental la distinction entre le droit de vivre et celui de donner la vie.

Applications de l'hygiène raciale dans la politique de l'habitation, en Thuringe. (Verwirklichung rassenhhygienischer Wohmengspolitik in Thuringen), par ASTEL.

L'auteur expose le fonctionnement de deux œuvres d'habitations à bon marché, créées par l'Etat de Thuringe. La sélection des familles bénéficiai-

res a lieu d'après les principes de l'hygiène raciale. L'une est réservée aux familles ayant au moins 6 enfants sains ; dans l'autre, l'échelle du taux du loyer est régressive, suivant le nombre des enfants.

Les nouvelles lois allemandes d'hygiène raciale envisagées au point de vue médical. (Die neuen rassenhygienischen Gesetze im Deutschland vom medizinischen Standpunkt aus), par E. RÜDIN, de Munich.

Les deux lois, sur la stérilisation et sur le mariage, visent au même but mais ne se superposent pas quant aux sujets qu'elles visent. La loi sur le mariage dépasse le cadre des maladies héréditaires et permet l'interdiction du mariage dans tous les cas d'inopportunité franche pour des raisons médicales ou sociales. Mais elle n'envisage la défense stricte que dans les cas vraiment graves ; la loi sera complétée par des organismes officiels de consultation prénuptiale, dont l'auteur attend d'heureux effets prophylactiques. L'auteur communique enfin les statistiques concernant l'exécution de la loi de stérilisation, à la date du 31 décembre 1934.

Hygiène de l'hérédité dans la législation allemande.
(Erbbpflege in der deutschen Gesetzgebung), par RUTKE.

L'auteur donne un aperçu de ce qui a été fait dans le 3^e Reich pour combattre les tares héréditaires et favoriser la population saine. Le national-socialisme admet que ce n'est pas un déshonneur d'être atteint d'une maladie héréditaire, mais que c'est immoral de transmettre des tares à des descendants. Plusieurs lois complémentaires ont renforcé l'efficacité de la loi de stérilisation ; elles permettent notamment l'interruption de la grossesse dans certains cas précis, la castration des pervers sexuels, la stérilisation des femmes atteintes de maladies héréditaires et âgées de plus de 38 ans, à l'aide des rayons X ou du radium.

La parenté hérédobiologique des différents degrés d'intensité de l'oligophrénie. (Der erbbiologische Zusammenhang von quantitativ verschiedenen Schwachsinnstufen), par C. BRUGGER.

L'expérience clinique et l'enquête familiale plaident pour l'unité, au point de vue hérédobiologique, des différents degrés d'indigence intellectuelle congénitale ; c'est pourquoi même les débiles légers doivent être exclus de la procréation.

Pronostic hérédologique empirique et études gemellaires en psychiatrie. (Empirische Erbprognose und Zwillingsforschung in der Psychiatrie), par LUXENBURGER.

La méthode empirique, qui conclut à l'ensemble en partant de l'expérience acquise par l'étude d'une partie de l'ensemble, est la seule qui donne actuellement des résultats en hérédopathologie psychiatrique, car l'application de formules mendéliennes n'est pas possible en l'état de nos connaissances. L'auteur représente dans quelques tableaux les acquisitions de la méthode empirique, simple ou différenciée, à propos de la schizophrénie de la psychose maniaque-dépressive, de l'oligophrénie, de l'épilepsie. Il montre l'intérêt des études gemellaires et signale en particulier les progrès qu'elles ont permis de réaliser dans le domaine de l'hérédité de la schizophrénie.

Résultats et problèmes des études sur la gémellité en neurologie.
(Ergebnisse und Aufgaben der neurologischen Zwillingsforschung), par K. CONRAD.

En matière d'hérédologie, les affections neurologiques représentent un champ d'études particulièrement vaste et fructueux. Pourtant, les recherches sur la gémellité y sont encore rares. Deux résultats concrets méritent d'être signalés : les recherches de Thuns sur la sclérose en plaques, qui ont prouvé que l'hérédité n'y joue aucun rôle appréciable, celles de l'auteur sur l'épilepsie, qui démontrent le rôle important de l'hérédité dans cette affection.

Des mutations chez l'homme.
(Ueber Mutationem beim Menschen), par E. HANHART.

Certaines anomalies, difformités ou maladies qui font leur apparition pour la première fois dans une famille, peuvent-elles être considérées comme des mutations au sens de De Vries ? Il le semble, bien que le fait soit relativement rare. L'auteur y conclut en se basant sur ses recherches faites dans des populations, restées isolées depuis des siècles, de certaines régions de la Suisse.

Recherches sur des jumeaux criminels et psychopathes. (Untersuchungen an kriminellers und psychopathischen Zwillingen), par STRUMPFEL.

Les constatations de l'auteur en ce qui concerne les phénomènes de discordance et de concordance chez des jumeaux uni- et bivitellins, s'écartent sensiblement des conclusions de certains travaux antérieurs. Elles ont permis de dégager un type de criminalité grave, se manifestant dès le jeune âge, inaccessible à l'influence du milieu ambiant et à l'action éducative. Les sujets de cette catégorie doivent être stérilisés.

Transformations des races dues aux influences climatiques.
(Rassenaenderung durch Klimaeinflüsse), par E. RODENWALDT.

Les facteurs géologiques et météorologiques sont-ils capables de modifier à la longue les caractères morphologiques raciaux. La question a été posée pour les Créoles des Antilles et pour les colons hollandais des Indes néerlandaises. Elle mérite d'être étudiée, d'autant plus que dans la vie animale on connaît des exemples frappants de production de races nouvelles après transplantation dans des climats très différents (cerfs de Nouvelle-Zélande, lapins de Madère).

La loi norvégienne de stérilisation de 1934 et ses résultats pratiques.
(Das nowegische Sterilisierungsgesetz von 1934 und seine praktischen Ergebnisse), par K. HANSEN.

La loi norvégienne permet la stérilisation, sans leur consentement, des aliénés et des anormaux graves. Mais le consentement du tuteur ou du curateur est toujours demandé. Au moment de la communication, trente autorisations seulement avaient été accordées.

L. BAUER.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Les états anxieux, par MM. H. CLAUDE, professeur de Clinique des maladies mentales, Membre de l'Académie de Médecine, et J. LÉVY-VALENSI, professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie, Médecin de l'Hôtel-Dieu (1 vol. in-8°, 432 pages, Maloine, édit., Paris, 1938).

L'anxiété, modalité réactionnelle particulière de l'émotivité, est assurément par sa fréquence, par son caractère douloureusement pénible, et par ses conséquences, le symptôme majeur de la pratique psychiatrique. Dans cet excellent livre, très complet, malgré le désir de brièveté des auteurs, MM. H. Claude et J. Lévy-Valensi, en expriment les divers aspects sous une forme accessible à tous les médecins, même non spécialistes. Ils mettent en lumière l'unité de l'anxiété, anxiété constitutionnelle, tout en acceptant exceptionnellement l'existence de cas assez rares d'anxiété acquise. Refusant de considérer la psychasthénie et la neurasthénie comme de véritables entités morbides, ils placent à la base du plus grand nombre des états anxieux des états appartenant à la psychose périodique.

Dans un but didactique, ces auteurs décrivent séparément l'*anxiété* « sentiment pénible d'attente » et l'*angoisse* « ensemble des sensations et des réactions somatiques qui accompagnent à l'ordinaire l'anxiété ». Ils montrent que les tendances actuelles sont surtout d'ordre pathogénique et thérapeutique avec deux grands courants : le psychologique et l'organiste. Un chapitre de séméiologie termine la première partie.

Dans une *seconde partie*, MM. H. Claude et J. Lévy-Valensi passent en revue, après la constitution émotive de Dupré et les *états anxieux constitutionnels*, qu'ils divisent en petits anxieux (le timide, le traqueur, l'amoureux, le jaloux, le susceptible, le douteur, le superstitieux, l'hésitant, le mécontent de soi, le scrupuleux, le méticuleux, l'irritable, le pessimiste, l'avare, le vertigineux, les parents inquiets, l'enfant anxieux) et grands anxieux (psychoses anxieuses constitutionnelles). Ces dernières sont la psychose anxieuse, l'anxiété obsessionnelle, l'anxiété mélancolique, les psychoses d'angoisse. Après avoir discuté l'existence de la psychasthénie et de la neuras-

thénie, et décrit l'anxiété des hypocondriaques et des cénestopathes, les auteurs décrivent sous le nom d'anxiété camouflée des cas de psychose d'angoisse, d'insomnie, d'impuissance, certaines obsessions intermittentes, la colère anxieuse, l'interprétation anxieuse, la jalousie anxieuse, quelques troubles de l'identification et la compensation bovaryque, premier stade du délire de compensation.

La *troisième partie* est consacrée aux *états anxieux acquis*. Dans l'esprit des auteurs, ces états ne sont que la révélation d'une constitution anxieuse plus ou moins dissimulée, en rapport avec des perturbations biologiques (elles-même en relation avec des agressions extérieures subies par les ascendants ou par le sujet lui-même dès le premier âge). L'anxiété n'est alors que l'un des éléments du syndrome, qu'il s'agisse de l'anxiété secondaire chez les psychopathes, de l'anxiété hystérique, de l'anxiété post-émotive et post-traumatique, de l'anxiété accompagnant les lésions cérébrales chroniques ou de l'anxiété confusionnelle.

Dans la *quatrième partie*, MM. H. Claude et J. Lévy-Valensi exposent des considérations sur la *pathogénie*, encore bien obscure de l'anxiété. Après avoir exposé les réactions biologiques étudiées pendant ces dernières années, et probablement plus souvent symptômes que causes (sympathique, choc hémoclasique, équilibre acide-base, calcémie, épreuves manométriques, métabolisme basal, glycémie, fonctions hépato-rénales, syndrome hématologique, équilibre glandulaire, système cérébro-spinal), ils s'attachent à l'étude de la psychogénèse. Ils rappellent la théorie de l'échec de Pierre Janet et les définitions de Kurt Goldstein, H. Arthus, Storing, W. Boven et exposent le point de vue psychanalytique.

Les *réactions médico-légales* des anxieux (suicide, meurtre, automutilation, fugue, vol), font l'objet de la *cinquième partie*. L'ouvrage se termine par une *sixième partie* consacrée aux diverses thérapeutiques (psychothérapie, repos, isolement, internement, régimes, physiothérapie, traitements médicamenteux, etc.), par lesquels on peut améliorer ou soulager les malades.

Ce livre est une mise au point très claire et très complète de la question sous ses différents aspects. Il contient des observations cliniques très intéressantes, qui permettront même à des médecins non spécialisés de saisir les nuances indispensables, de se rendre compte aussi de la complexité et de l'importance de ce problème, dont la fréquence dans la pratique courante ne saurait être exagérée.

René CHARPENTIER.

Introduction à la psychiatrie (Introdução à Psychiatria), par Plinio OLINTO.
1 vol., in-12, 173 pages. Editions F. Briguier et C^{ie}, Rio de Janeiro, 1936.

La psychiatrie, chapitre de la médecine, touche à la psychologie, à la physiologie, à l'anatomie pathologique, à la biologie, à la sociologie, etc... Dans une introduction à son étude, ces relations doivent être traitées et M. Olinto envisage les questions d'étiologie générale : influences prédisposantes du milieu, des conditions cosmiques, des toxi-infections ; les moyens d'assistance et de traitement ; la séméiologie physique et mentale ; le développement de la personnalité et son adaptation sociale ; l'hygiène mentale.

Toutes ces notions liminaires, malgré leur simplicité et leur évidence, sont trop souvent négligées dans l'enseignement psychiatrique. Avant d'étu-

dier la séméiologie générale et de décrire les syndromes mentaux, il importe de rappeler le mode de développement du système nerveux et de formation des centres sensoriels, les concepts élémentaires de la psychologie et les lois présidant à l'évolution des facultés humaines. L'exposé de M. Olinto situe adroitement les problèmes psychiatriques de manière à éviter au lecteur les déboires d'une spécialisation trop précoce.

P. CARRETTE.

Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Essai nosographique, par le Docteur Charles-Henri NODET. Un vol. in-8°, 161 pages. G. Doin, éd., Paris 1937.

Le but de cette thèse est d'exposer le résultat des travaux du Professeur H. Claude et de ses élèves, de « démembrer le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques qui ne peut être considéré comme ayant une individualité nosologique, et en réintégrer les éléments dans des cadres aux limites mieux définies et plus justifiées ».

C'est en 1911 que Gilbert-Ballet édifie la psychose hallucinoïde chronique qu'il différencie du délire de persécution non hallucinoïde (délires interprétatifs) et des formes délirantes de la démence précoce (psychoses paranoïdes) ; ses principaux traits sont : terrain préparé par l'hérédité, troubles importants du caractère prémonitoires, état cénesthésique pénible, inquiétude initiale, idées de persécution, hallucinations surtout auditives verbales, évolution plus ou moins irrégulière, pronostic toujours grave.

Sérieux et Capgras conservent cette différenciation. De Clérambault ajoute à leur description un élément qui devient capital dans sa conception : « la portion hallucinoïde des délires dits de persécution est fondamentale, primitive ; les idées de persécution sont un travail surajouté, le malade n'est persécuté que secondairement ; la source des psychoses n'est pas dans l'idéation, ni même dans l'affectivité ; elles reconnaissent une origine biologique ; ces psychoses rentrent ainsi dans la neurologie. »

Ces faits établis, l'auteur s'attache à critiquer la notion — cependant si hautement clinique — des psychoses hallucinatoires chroniques en raison des difficultés sémiologiques du trouble hallucinoïde (difficulté du diagnostic différentiel entre les hallucinations vraies, les pseudo-hallucinations, les interprétations, les intuitions), de la diversité des délires que seule la présence d'hallucinations a réunis sous le même vocable de psychose hallucinoïde chronique (psychoses hallucinatoires avec délire cohérent et conservation du fonds mental ; avec délire incohérent, néologismes, discordances affectives — démences paranoïdes ; avec délire invraisemblable et fantastique, stéréotypies, prépondérance de l'élément imaginatif, conservation relative des capacités logiques et affectives — paraphrénies), de la diversité d'évolution suivant la structure paranoïaque ou paranoïde (démence paranoïde, psychose paranoïde et schizophrénie).

Il expose une conception dynamique de l'hallucination, considérée comme une dissolution fonctionnelle, qui sert d'amorce à celle, plus importante encore, des délires chroniques : « Le fonds psychopathique d'un malade, pour le Dr Nodet, la structure profonde et l'organisation de son délire, sont beaucoup plus essentiels et primitifs que les fonctions psychologiques qu'ils mettent en jeu. » Cette notion de structure, qui lui paraît absolument fon-

damentale pour la compréhension des délires, est fonction d'une théorie dynamique des troubles mentaux.

Il distingue ainsi les délires de structure paranoïaque, dont la construction se développe avec ordre et clarté, dont toutes les parties sont bien enchaînées et parmi lesquels il range certains délires de persécution avec activité hallucinatoire surtout auditive et les délires d'influence ; les délires de structure paranoïde, avec leur incohérence foncière, leur organisation paralogique, leurs allures discordantes et leur évolution vers une déchéance mentale progressive ; les délires de structure paraphrénique, éloignés des paranoïaques par l'absurdité et l'incohérence des constructions délirantes, et distincts des paranoïdes par l'intégrité du fonds mental et l'absence de dislocation schizophrénique, auxquels on peut toutefois rattacher, plus ou moins voisinant avec les délires schizophréniques, des délires post-maniaques ou post-mélancoliques réalisant la même structure.

R. DUPOUY.

Autour du problème de la catatonie. Contribution expérimentale (Acerca do Problema da Catatonia. Contribuição experimental) par José Mariz de MORAES. 1 vol., in-8°, 111 pages, Thèse de concours de l'Assistance des Psychopathes, Recife, 1936.

L'expérimentation de la bulbo-capnine chez l'animal permet d'obtenir un état physiopathique dont les caractéristiques sont superposables à celles de la catatonie humaine : même indifférence vis-à-vis des incitations extérieures, même tendance à garder les attitudes et plus spécialement les attitudes en flexion (position fœtale) ; ralentissement du métabolisme basal ; modifications des cellules sanguines ; rapidité de la coagulation, etc... C'est dans ce sens que l'on pourrait parler d'une *catatonie comparée* et que l'auteur considère le trouble étudié comme un état de *régression*. Du point de vue psychologique, si on admet qu'il existe, suivant les cas, dans la schizophrénie, un autisme « riche » et un autisme « pauvre », il faudrait considérer pour l'état catatonique un autisme « vide ». Cette étude des effets des intoxications expérimentales sur le système nerveux doit fournir d'intéressantes suggestions sur la pathogénie de la démence précoce.

P. CARRETTE.

L'état mental des parkinsoniens. Contribution à son étude expérimentale, par le Docteur WILFRED AUBRUN, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Un vol. in-8°, 156 pages. J. B. Baillière, édit., Paris 1937.

Le but de ce travail est « d'exposer, avec le moins d'interprétations possibles, les résultats et protocoles de quelques expériences de psychologie expérimentale auxquelles ont été soumis des parkinsoniens ».

Les malades étudiés sont, pour beaucoup d'entre eux, des post-encéphaliques, d'âge moyen (de 31 à 50 ans pour la plupart). Une particularité frappe tout de suite l'observateur, c'est l'absence ou la rareté de l'activité onirique nocturne chez ces malades.

Leur profil psychologique, construit à l'aide de la fiche psychologique d'orientation professionnelle de M. et Mme H. Piéron, fournit des résultats précis : pas d'altération constante de l'intelligence ; fatigue précoce et niveau d'efficiencia très bas semblant caractériser ici les troubles de l'attention

volontaire si propres aux parkinsoniens ; conservation de la mémoire concrète et d'observation, déficience des mémoires logique, des mots et des formes géométriques ; nullité pratique de la facilité d'association.

L'étude des phénomènes associatifs élémentaires indique nettement un trouble du courant spontané des associations de la pensée ; il y a une augmentation des temps d'association variant de 10 à plus de 300 0/0 ; le test d'association libre de Kent Rosanoff (avec mots inducteurs) souligne la valeur relative des phénomènes de persévération dans les processus associatifs. Le test de Rorschach (perception et interprétation de taches d'encre obtenues par hasard) montre fréquemment un syndrome de persévération, avec hyperténacité de l'attention, viscosité et stéréotypie associatives, manque d'originalité, enfin absence totale d'interprétations kinesthésiques, indiquant la difficulté du libre jeu des associations, le déficit de la production associative, notamment, dans ses rapports avec l'inconscient et la fantaisie. Ce syndrome de persévération, caractéristique de l'état parkinsonien, n'est pas démentiel.

L'auteur complète les examens psychologiques de ses malades par quelques épreuves psycho-motrices réalisées au laboratoire de psychologie expérimentale de la Sorbonne : mesure des temps de réaction simple, appréciation de la mémoire motrice, épreuve de ténacité, épreuve du dessin au miroir. Il examine enfin les manifestations des chocs émotionnels au moyen des explorations suivantes : enregistrement du pouls et de la respiration ; résistance électrique ; réflexe psycho-galvanique ; recherche des modifications sanguines.

Au résumé, chez les parkinsoniens, l'attention est émoussée, la mémoire ralentie du fait des troubles de l'attention, l'imagination appauvrie, l'intelligence altérée uniquement dans les jeux associatifs et le courant de la pensée par la bradyphrénie, l'affectivité nettement affaiblie, son affaiblissement allant jusqu'à l'impassibilité et l'ataraxie, la volonté enfin sérieusement atteinte du fait d'une fatigabilité précoce et d'une absence de spontanéité ; mais le facteur émotionnel est celui qui prédomine : pour le Dr W. Aubrun, « le trouble des processus émotionnels élémentaires est à la base des modifications de l'état psychologique des parkinsoniens ».

R. DUPOUY.

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

La Femme, étude médico-psychologique, par E. TÉCHOUVEYRES, Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Reims (1 vol. in-8°, 120 pages. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris 1938).

L'auteur persuadé que, suivant la pensée de Spinoza, l'âme est l'idée du corps, s'efforce d'expliquer la psychologie féminine par ses structures constitutionnelles. Il remarque, d'autre part, que les organes de la génération se comportent comme de véritables parasites, fixés pour un temps et pour les seuls besoins de l'espèce sur les individus dont l'évolution physique et morale est, de ce chef, influencée, et parfois contrariée.

Les dits organes de la génération contractent chez la femme des liens très étroits avec le système nerveux, l'appareil circulatoire, et les humeurs qui imbibent tous les tissus. Il en résulte que le psychisme est — comme

toutes les autres fonctions — soumis à ces influences. De là l'exagération habituelle de l'affectivité féminine et l'excès de son émotivité.

Il est non moins naturel que ces organes destinés à perpétuer la race développent les sentiments liés à l'accomplissement de cette fonction : l'amour, l'instinct maternel et un certain sens d'appréhension et de pénétration du « concret » nécessaire ou très utile à la conduite de la vie, et, par opposition, certaine aversion pour les données abstraites...

L'auteur signale, en terminant, les différences essentielles entre les psychismes féminin et masculin.

Ce livre très informé de toutes les questions scientifiques mais simplement et élégamment écrit, intéressera par l'étude méthodique d'un sujet qui n'a jamais laissé, en ce jour, l'humanité indifférente.

L. R.

Les réflexes conditionnés et la psychologie moderne, par W. DRABOVITCH, ancien élève de J. P. PAVLOV. Préface de L. LAPICQUE. Actualités Scientifiques et Industrielles. Physiologie générale du système nerveux. Exposés publiés sous la direction de M. Louis LAPICQUE, Membre de l'Institut, professeur honoraire à la Sorbonne. Une broch. in-8°, 70 pages. Hermann et Cie, édit., Paris 1937.

Exposé des idées et des conceptions de Pavlov, de sa méthode de travail, de sa doctrine, de ses recherches longuement analytiques avant d'aboutir à des vues synthétiques auxquelles il ne se complit que dans les dernières années de sa vie.

Définition du réflexe conditionné, par Pavlov : « Le phénomène physiologique central qui a lieu au cours de l'activité normale des hémisphères cérébraux, nous l'avons appelé réflexe conditionné. C'est une connexion nerveuse temporaire entre les innombrables excitants du milieu environnant l'animal, excitants perçus par lui, et les activités organiques déterminées... » La fonction fondamentale des hémisphères cérébraux, explique-t-il, consiste en adjonction continuelle de différents et multiples excitants signalétiques aux excitants innés peu nombreux, autrement dit en complément des réflexes inconditionnés par ceux conditionnés.

Or, les réflexes conditionnés peuvent se raccorder avec la chronaxie. Chaque espèce de matière vivante, en effet, est dotée d'une vitesse propre, due à sa constitution physico-chimique et affectant tous ses processus fonctionnels ; chaque élément anatomique, muscle, nerf, accomplit ses fonctions actives et passives suivant une durée qui lui est propre, c'est-à-dire réagit plus ou moins vite et, en même temps, est plus ou moins sensible à la durée de l'excitation. Ce sont les travaux de M. et Mme Lapique qui montrèrent que les excitabilités différentes sont en rapport avec les différentes vitesses de conduction dans les nerfs, que la vitesse de conduction est proportionnelle à la durée de l'onde nerveuse et enfin que les durées de ces ondes sont déterminées par les propriétés du nerf. D'autre part, la chronaxie est modifiée par l'action des centres cérébraux, chronaxie de subordination qui s'oppose à celle des nerfs et des muscles séparés du cerveau, chronaxie de constitution.

Les recherches expérimentales de l'auteur montrent que pendant le réflexe conditionné il y a diminution notable de la chronaxie ; les expériences portèrent sur la chronaxie périphérique, puis sur la chronaxie corticale, le ré-

flexe conditionné étant d'ordre moteur et les résultats se montrant identiques sur les muscles fléchisseurs et sur les extenseurs. Elles lui permettent de formuler cette loi : les réflexes conditionnés se forment grâce à l'isochronisme qui s'établit progressivement entre les neurones corticaux et les centres sous-corticaux et périphériques : c'est, dit-il, un cas particulier de la chronaxie de subordination.

Ces recherches le conduisent à cette conclusion : le réflexe conditionné ne peut pas être réduit à une simple association, il doit être qualifié de jugement élémentaire, non verbal, non différencié, et être considéré comme une pensée concrète, élémentaire ; c'est le langage qui constituerait le passage entre celle-ci et la pensée abstraite et supérieure. Par l'intermédiaire des réflexes conditionnés, la physiologie et la psychologie se rejoindraient et fusionneraient.

R. DUPOUY.

Une forme cérébrale de la cholestérinose généralisée (type particulier de lipidose à cholestérine), par LUDO VAN BOGAERT, Hans J. SCHERER et Emile EPSTEIN. Un vol. in-8°, 183 pages. Masson, éd., Paris 1937.

Les maladies du métabolisme lipidien sont classées en trois groupes principaux dont le caractère commun est la présence de dépôts de complexes de lipides et de substances grasses en des points très différents de l'organisme, et dont le caractère individuel est la prédominance quantitative d'un lipide déterminé dans ces dépôts : la lipidose à cérébrosides du type Gaucher, à kérasine ; la lipidose à phosphatides du type Niemann-Pick, à phosphatides du groupe de la lécithine et de la sphingomyéline ; les lipidoses à cholestérine (xanthomatose cutanée généralisée, maladie de Schüller-Christian, xanthélasmatose cutanée à dépôts intracellulaires ; cholestérose extra-cellulaire d'Urbach-Epstein) caractérisées par la présence de la cholestérine et de ses éthers. Un quatrième groupe, au besoin, comprendrait toutes les formes d'obésités généralisées ayant pour origine un trouble du métabolisme des graisses neutres, la lipodystrophie progressive, ou maladie de Barraquer-Simons et la dystrophie adiposogénitale, appelée encore obésité hypophysaire.

Les auteurs décrivent un type morbide particulier, inconnu jusqu'à présent, mais qui a sa place indiquée dans le cadre des lipidoses à cholestérine. Dans la première observation, les premiers symptômes apparurent vers l'âge de 17 ans, sous forme d'ataxie discrète accompagnée de troubles de la parole ; six ans après, survinrent une caracate double du type radiaire et les premières plaques de xanthélasma palpébral symétrique. Le syndrome neurologique se développe progressivement : parésie qui aboutira à une quadriplégie flasque complète, amyotrophie diffuse des quatre membres, exagération des réflexes tendineux, myoclonies rythmiques du voile du palais, parole cérébelleuse, puis pseudo-bulbaire et pour terminer bulbaire, cyphose cervico-dorsale, troubles de la déglutition, enfin tumeurs symétriques au niveau des tendons rotuliens, achilléens, quadricipitaux (xanthomes tendineux) et d'autres encore au niveau de la tubérosité tibiale gauche, du biceps brachial gauche et du triceps droit, en dernier lieu décalcification diffuse du squelette. La deuxième observation, celle d'une cousine paternelle du malade précédent, relate : vers 12 ans, arriération mentale discrète, syncopes, crises d'allures névropathiques ; à 20 ans, caracate zonulaire bilatérale ; à 33 ans,

syndrome cérébello-spasmodique, xanthélasma bilatéral atteignant les paupières supérieure et inférieure.

L'examen anatomique concluait à une xanthélasmatose grave atteignant la substance blanche du cervelet d'une manière symétrique, touchant à un moindre degré la substance blanche de la moelle dans son ensemble, le pèdoncule cérébral, les régions avoisinant le troisième ventricule et, à un degré léger, le pallidum. Les dépôts lipidiques se présentaient sous forme de cellules xanthélasmateuses, sous forme de cristaux de cholestérine extra- et intra-cellulaires, et sous forme d'une imbibition diffuse du tissu conjonctif.

Ce type inconnu de cholestérinose cérébrale n'est sans doute, à côté de la maladie de Schüller-Christian, qu'une des formes que peut revêtir la lipidose à cholestérine.

R. DUPOUY.

Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination. Subordination et posture, par Pierre MOLLARET, Médecin des Hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, docteur ès Sciences. Préface du Professeur L. LAPICQUE, Membre de l'Institut. Un vol. in-8° de 441 pages. Masson, édit., Paris 1937.

Trois noms, trois notions essentielles, trois étapes fondamentales à retenir pour qui considère les progrès successifs grâce auxquels il est permis d'entrevoir une première explication du fonctionnement du système nerveux : Ramon y Cajal, le système nerveux présente une discontinuité histologique ; Charles Sherrington, dans cette discontinuité, la transmission de l'influx nerveux comporte un choix à chaque synapse ; Louis Lapicque, la raison de ce choix réside, non dans les données spatiales, mais dans une donnée chronologique.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la notion de chronaxie. Lois générales mises en évidence par la chronaxie : les chronaxies d'un muscle et de son nerf moteur sont égales (isochronisme neuro-musculaire) ; chaque muscle a une valeur fixe de chronaxie ; il existe des isochronismes musculaires régionaux ; cette classification chronaxique n'est pas anatomique mais fonctionnelle (ce qui explique les topographies initiales électives des polynévrites toxiques) ; les chronaxies des muscles agonistes sont dans le rapport de 2 à 1 avec les chronaxies des muscles antagonistes ; la chronaxie du faisceau pyramidal montre un isochronisme au long de toute la chaîne motrice du cortex au muscle. La quasi-totalité du système végétatif et la majorité des neuromes centraux fonctionnent différemment du système cérébro-spinal : la loi de l'isochronisme ne joue plus ; l'excitation itérative est le mode d'excitation efficace ; le temps de sommation est la caractéristique chronologique de l'organe.

La deuxième partie est l'exposé de la notion de subordination, dérivée tout entière de la note intitulée « Action des centres encéphaliques sur la chronaxie des centres moteurs », et dans laquelle M. Lapicque démontrait l'existence, à l'état normal, d'une action constante des centres sur l'excitabilité périphérique. Cette subordination comporte des conséquences des plus importantes dans les agressions toxiques ou infectieuses du système nerveux.

Dans la troisième partie sont étudiées les modalités de la subordination au niveau des différents étages du système nerveux, dans le système cérébro-

spinal et dans le système végétatif. D'innombrables expériences y sont relatées, classées et commentées. Un exposé de la conception électrotonique de A.-M. Monnier et H.-H. Jasper et de la notion des transmetteurs chimiques de l'excitation la termine.

La dernière partie est réservée à l'étude détaillée d'un problème limité, celui de la posture et du rôle des phénomènes de subordination dans celle-ci, sujet auquel l'auteur s'est personnellement attaché depuis plusieurs années. Ses recherches montrent des variations chronaxiques par changement de position d'un segment de membre, une inversion chronaxique des antagonistes par modifications de la posture locale, la disparition du phénomène sous l'influence des modifications de l'état des centres nerveux (influence des états d'agitation, de sommeil spontané et d'anesthésie générale), des variations chronaxiques par changement de position spatiale du corps entier, la valeur symbolique différente des pattes antérieures et postérieures chez l'animal correspondant à la différence de la valeur des chronaxies des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts et des orteils chez l'homme.

L'ouvrage considérable du D^r Mollaret met à la disposition de tous les chercheurs, physiologistes ou neurologistes, tous les documents réunis et classés sur la subordination, c'est-à-dire, au sens le plus large du terme, sur la modification de l'aptitude fonctionnelle d'un neurone par l'action d'un autre neurone.

R. DUPOUY.

THÉRAPEUTIQUE

Le bégaiement, sa nature et son traitement, par Edouard PICHON, médecin des Hôpitaux de Paris, et S. BOREL-MAISSON, Directrice du Service de Rééducation de la parole à l'Hospice des Enfants-Assistés. *Préface* du professeur LEREBoullet. Un vol., 100 pages (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, n° 9). Masson et C^{ie}, édit., Paris 1937.

En dépit des efforts poursuivis par les spécialistes, les méthodes employées pour remédier au bégaiement comportent souvent des succès ou m'amènent que des améliorations temporaires. C'est ce que les auteurs mettent en lumière dans ce livre. Le trouble de la fonction de réalisation linguistique, le bégayage qui est à la base du bégaiement et ne s'accompagne que secondairement de mouvements associés et de troubles respiratoires, a pour origine « une insuffisance lingui-spéculative », c'est-à-dire que quelle que soit par ailleurs la qualité de leur intelligence, les bégues ont de la peine à se formuler à eux-mêmes leur pensée dans le monde du langage.

La conclusion des auteurs est que pour traiter efficacement le bégaiement, il faut, d'abord, s'efforcer de réduire l'insuffisance lingui-spéculative par la rééducation de la pensée linguistique.

L. R.

Maladies mentales expérimentales et traitement des maladies mentales, par François KLEIN, étudiant en médecine. 1 vol., 234 pages. Editions médicales 1937.

Ce travail, dit l'auteur, contient deux parties. La partie théorique ne fait tomber aucune théorie existante. La partie pratique « relate les expériences

que je reproduis en quelques secondes, en quelques minutes, avec une précision mathématique. Ces expériences sont les suivantes : 1. Rendre un homme fou furieux. — 2. Rendre un homme irrité, excité : maniaque. — 3. Rendre un homme orgueilleux, méfiant : paranoïaque. — 4. Rendre un homme déprimé, renfermé : mélancolique.

« Et, au contraire, toujours en quelques secondes, en quelques minutes : 1. Je rends calme l'aliéné persécuteur persécuté, furieux. — 2. Je rends calme l'aliéné maniaque. — 3. Je fais parler l'aliéné mélancolique. — 4. Je rends confiant, poli, non réticent, l'aliéné appelé paranoïaque, même si son fond mental est affaibli, bouleversé ou perverti par des générations d'alcoolisme, d'épilepsie et de perversion. »

Cet ouvrage n'est pas écrit par un psychiatre, mais pour un aliéniste ; il comporte d'ailleurs un chapitre « sur les maladies mentales dont l'auteur a été atteint ». Parmi ces maladies, figurerait la schizophrénie ; nous sommes tout à fait de l'avis de l'auteur.

R. DUPOUY.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Intoxication oxy-carbonée, par Pierre KLOTZ. *L'Avenir médical*, n° 10, p. 306-307, décembre 1935.

Dans une courte revue générale, l'auteur énumère les signes bien connus de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et discute le problème de l'intoxication chronique. Il fait des réserves sur son autonomie et rappelle l'importance des facteurs toxiques associés, capitale du point de vue médico-légal. La pathogénie des accidents nerveux découle de cette association d'éléments morbides. Les processus hémorragiques et de dégénérescence cellulaire observés à la suite d'intoxications répétées n'évolueraient que sur un terrain prédisposé.

P. CARRETTE.

Le profil mental des post-choréiques, par M. SCHACHTER. *Le Progrès médical*, n° 23, p. 949-954, 6 juin 1936.

De récentes observations sur l'activité des virus neurotropes ont montré que les syndromes neurologiques, tel celui de la chorée, s'associaient fréquemment à des troubles mentaux, à des modifications pathologiques du comportement notamment. La part de l'hérédité et celle de la maladie sont difficiles à délimiter, mais la simple constatation des faits permet des réserves sur l'évolution. Ainsi le virus choréique serait capable de déterminer des troubles psycho-moteurs sans l'appoint d'une prédisposition. Le pronostic éloigné serait fréquemment favorable, chez l'enfant tout au moins.

P. CARRETTE.

La maladie de Tay-Sachs, par M. BIRO. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 34 du 10 septembre et n°s 3-5 du 17 septembre 1936.

A propos de plusieurs cas personnels de maladie de Tay-Sachs, l'auteur étudie les signes peu connus ou relativement rares rapprochant cette affection d'autres syndromes analogues. Il souligne que le signe du fond d'œil désigné sous le nom de « framboise » n'a pas la constance qu'on lui a attribuée. Il peut être unilatéral ou même manquer parfois. Dans certains cas, on peut observer des myoclonies, de l'hyperacousie, des perturbations d'autres sens, en particulier gustatif ou tactile. Dans 50 0/0 des cas, l'auteur note de l'hydrocéphalie, de l'hypotonie musculaire ou bien de l'hypertonie disparaissant au cours du sommeil, des troubles vaso-moteurs. Au sujet des réflexes, l'auteur a observé un cas avec réflexe de Magnus de Kleyn et 4 cas de signe de Babinski unilatéral. Enfin on peut observer des crises épileptiques vraies. L'ensemble de ces signes démontre la fragilité des limites de la maladie de Tay-Sachs et souligne la parenté de cette symptomatologie avec d'autres syndromes analogues. Leur avenir peut dépendre de l'angle sous lequel ils seront envisagés et de nouvelles constatations qui peuvent projeter sur les faits des lumières nouvelles.

FRIBOURG-BLANC.

La maladie de Tay-Sachs, par M. BIRO (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 40 du 29 octobre et n° 41 du 5 novembre 1936).

A propos de 20 cas de maladie de Tay-Sachs, l'auteur souligne les traits cliniques qui rapprochent cette affection des syndromes analogues de Niemann-Pick et de Spielmeyer-Vogt. D'après les cas cliniques dont dispose M. Biro, la maladie atteint les enfants entre un mois 1/2 et 14 mois. Elle frappe souvent plusieurs enfants dans la même famille ou se manifeste dans les familles où certains membres sont atteints de syndromes analogues. Dans ces cas, il existe une certaine graduation clinique et anatomo-pathologique suivant l'âge. Les désordres survenant au cours des premières années se traduisent par la maladie de Niemann-Pick, plus tard on assiste à la maladie de Spielmeyer-Vogt. La maladie de Tay-Sachs frappe avec une prépondérance indiscutable les enfants israélites et se manifeste surtout dans les familles juives originaires de Russie et de Pologne. Cette particularité s'explique non seulement par la fréquence des mariages consanguins, très en usage chez les Juifs, mais également par les conditions d'existence matérielle spéciales au milieu israélite de ces pays. On peut entrevoir dans ce fait la preuve expérimentale de l'influence des agents extérieurs sur les gènes.

FRIBOURG-BLANC.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'hérédité dans les maladies psychiques et les moyens de la combattre, par le professeur S. BOROWIECKI (*Higiena Psychiczna*, n°s 1-3, 1936).

L'étude de l'hérédité psychique dispose actuellement d'un acquis important qui peut servir de base dans l'effort de la préservation de la société contre ce mal. La lutte doit être conduite sur le plan de la collectivité et

revenir à l'Etat. La loi allemande, malgré toutes les critiques qu'on peut lui opposer, est une expérience hardie qui s'enchaîne logiquement avec la science sur l'hérédité psychique. Au point de vue de l'avenir de la population, on ne peut pas refuser à l'Etat de fonder son action sur des raisons sociales. Ainsi la loi danoise ne prévoit pas la stérilisation dans le but eugénique, mais elle envisage cette pratique pour des raisons sociales.

Au point de vue du projet de la loi polonaise, l'auteur souligne l'importance des études sur l'hérédité psychiatrique, tant au point de vue théorique que pratique et estime que toutes les tentatives de lutte contre la prédisposition aux maladies psychiques doivent être précédées d'études généalogiques, conduites dans un esprit critique très large et approfondi en vue de comparer les statistiques allemandes avec des statistiques nouvelles.

FRIBOURG-BLANC.

Le seuil de fatigabilité chez les enfants, par Georges SCHREIBER. *Le Concours médical*, n° 11 bis, p. 839-841, 12 mars 1936.

Les conditions de l'activité imposée aux enfants ne sauraient être édictées et suivies sans restriction. Le seuil de fatigabilité varie en effet dans de nombreuses circonstances dont les principales sont étudiées par M. Schreiber. Il s'élève chez les sujets hypotrophiques, adénoïdiens, gastro-entériques, chez ceux qu'on a soumis au surmenage sportif, à l'occasion du malmenage scolaire et enfin chez les enfants qui manquent de sommeil. C'est le rôle du médecin de prescrire le repos, parfois absolu, les sédatifs, les rayons ultraviolets, mais surtout d'instruire parents et éducateurs trop souvent enclins à adopter un régime uniforme pour des enfants dont les possibilités mentales et physiques sont, — transitoirement tout au moins, — très éloignées de la moyenne.

P. CARRETTE.

Prophylaxie du suicide (*Prophylaxia do suicidio*), par James FERRAZ ALVIN et Alfredo ELLIS jr. *Estudos Neuro-Psiquiatricos*, p. 67-84, São Paulo, 1936.

Les auteurs tirent parti de l'expérience historique qui démontre l'importance d'une législation rigoureuse et des suggestions collectives. Les procédés prophylactiques sociaux s'attachent spécialement à la diffusion de certaines notions d'hygiène mentale : lois de l'hérédité, de la consanguinité, méfaits de l'alcoolisme, refoulement des émigrants tarés, traitement des maladies vénériennes. Ils sont complétés par des mesures individuelles : facilités de traitement précoce des troubles mentaux légers, internement ou surveillance étroite dans les états mélancoliques et hypochondriaques.

P. CARRETTE.

L'hygiène mentale et la psychothérapie du point de vue religieux (*La Higiene Mental y la Psicoterapia desde el punto de vista religioso*), par Gonzalo R. LAFORA. *Psicoterapia* (Cordoba, Argentine), n° 1, p. 5-19, janvier 1936.

Les religions renferment toutes dans leurs préceptes des directives d'hygiène mentale destinées à améliorer la vie individuelle et collective. La solution des conflits intimes, le respect des règles sociales sont également

les fonctions de la psychothérapie. Les progrès du médecin spécialiste dans cette voie conduisent à une suppléance progressive et au remplacement du prêtre, déclare M. Lafora. Les méthodes religieuses méritent d'être étudiées : les Bénédictins frappent l'esprit et les sens par l'ampleur des cérémonies ; les Franciscains conquièrent les âmes par l'amour, le culte de la charité morale ; les Dominicains s'adressent à l'intelligence pour développer la ferveur dogmatique ; saint Jean de la Croix, sainte Thérèse, poussaient à l'analyse de l'âme pour connaître les passions et les vaincre ; saint Ignace développait la volonté et les disciplines spirituelles.

Si les méthodes du prêtre peuvent être celles du médecin, les buts diffèrent. L'un travaille pour une vie future et favorise la répression ; l'autre recherche une solution immédiate en liquidant les conflits. Ils peuvent se prêter un mutuel appui ; ils doivent posséder des qualités identiques. Toutefois, l'auteur estime que la différence des tendances profondes sépare nettement l'action du psychiatre de celle du prêtre. Il est opposé aux organisations nouvelles, mixtes, comme « l'Emmanuelisme », qui pratiquent une méthode curative médico-religieuse.

P. CARRETTE.

Alcoolisme et toxicomanie en relation avec la santé mentale (Alcoholism and Drug Addition in Relation to the Mental Health). *The medico-legal and criminological review*, vol. IV, fasc. 4, octobre 1936.

Résumé d'une séance de la « Society for the study of Inebriety » en date du 14 juillet 1936. Rapport de Miss Doris ODLUN suivi d'une courte discussion.

La question peut sans doute, déclare Miss Doris Odlun en commençant, être considérée sous différents points de vue. Mais on doit admettre tout d'abord que l'alcoolisme et les diverses toxicomanies sont une « forme de trouble mental » (a form of mental disorder). Si l'on en juge par le nombre des poursuites exercées pour ivresse, l'alcoolisme a diminué en Angleterre de 1913 à 1932 dans la proportion de 51 à 7,5 pour 10.000 habitants. Cet heureux résultat peut être attribué à plusieurs causes : amélioration de la situation de la femme qui rend le foyer plus sympathique et y retient l'homme ; indulgence moindre pour l'ivresse, dans les classes aisées, dans ces cinquante dernières années, plus efficace certainement que les plus rigoureuses mesures législatives ; amélioration des conditions d'existence des masses. La toxicomanie doit être considérée surtout comme un « vice individuel » (a solitary vice), bien qu'il existe dans les diverses classes sociales anglaises de petites coteries de toxicomanes.

En Egypte, le nombre des toxicomanes a diminué dans une proportion considérable. Aux Indes, par contre, l'usage de la cocaïne, de la morphine et de l'héroïne se développe. On dit qu'il y a aux Etats-Unis 100.000 toxicomanes.

Au cours de la discussion qui a suivi l'exposé de Miss Odlun, le Docteur Percy Turner a posé le principe que plus la vie est digne d'être vécue, moins l'alcoolisme fait de ravages et montre le rôle bienfaisant de l'Armée du Salut à ce point de vue. Le Dr Norwood East insiste sur le rôle très important de la religion dans la lutte contre l'alcool. M. Adam Eccles préconise l'abstinence totale comme l'arme idéale contre l'alcoolisme. Le Dr Burnett Rae pense que dans l'étiologie de l'alcoolisme il ne faut pas exagérer le

facteur psychopathique et que tous les alcooliques ne sont pas, il s'en faut, des névropathes. Il cite le cas d'un homme politique connu pour ses excès alcooliques (his heavy drinking) qui déclarait que c'était là un plaisir de sa vie et un plaisir auquel il n'avait pas l'intention de renoncer. Le Dr Burnett Rae ne croit pas que l'on puisse appeler « un tel homme un névropathe ». Il pense que l'on ne saurait sans exagération considérer l'usage de l'alcool comme fatalement nuisible à la santé. On doit même admettre qu'il peut dans certaines circonstances avoir un effet utile.

J. ROGUES DE FURSAC.

Les travaux de la Commission des poisons (The work of the Poisons Board), par H. N. LINSTAD. *The medico-legal and criminological review*, vol. IV, fasc. 2, avril 1936.

La partie intéressante pour la psychiatrie, dans cette étude, est celle qui concerne les intoxications-suicides.

Le gaz d'éclairage est responsable chaque année en Grande-Bretagne de plus de 1.000 suicides. Viennent ensuite le lysol avec trois cents cas environ et l'acide chlorhydrique avec 90 cas environ. Le nombre des suicides par barbituriques a augmenté dans ces dernières années, cependant il n'est pas encore considérable. A noter des suicides par l'aspirine. La quantité nécessaire est naturellement importante, de l'ordre de 100 tablettes de 5 grains (soit un peu plus de 32 gr.). La Commission des Poisons s'est refusée à proposer des mesures restrictives à la vente de ce médicament, considérant que le nombre des suicides par l'aspirine est insignifiant relativement à la consommation du produit. D'après le *British Medical Journal* (26 octobre 1935, p. 792) celle-ci est pour la Grande-Bretagne de mille tonnes par an, ce qui représente une moyenne de une tablette et demie par habitant et par semaine.

J. ROGUES DE FURSAC.

ASSISTANCE

Problèmes de l'organisation de l'assistance psychiatrique. Troudi *Psichoneurologicheskoi Akademii*. T. VI, fasc. 6, 1935.

Volume consacré à l'étude de l'organisation de l'assistance sociale psychiatrique sous les auspices de l'Institut de psychoneurologie et d'hygiène mentale de l'Académie psychoneurologique Ukrainienne. En dehors des problèmes actuels, les auteurs apportent un aperçu historique de la question, les statistiques, les réformes à envisager. Ils exposent la structure et l'organisation du réseau de l'assistance psychiatrique, ils décrivent les hôpitaux destinés aux malades aigus ; les services de psychiatrie dans les hôpitaux pour les malades organiques, les colonies psychiatriques, l'organisation du travail dans les dispensaires, l'activité des districts psychiatriques. Ils traitent les questions légales relatives à la libération des malades des hôpitaux psychiatriques. On trouve la description détaillée de l'organisation et des méthodes de travail employées au « Profilactorium » de travail. Enfin une série d'articles est consacrée aux questions relatives à la thérapeutique par le travail.

FRIBOURG-BLANC.

THÉRAPEUTIQUE

Sur la résistance dans les psychonévroses. Les malades qui ne « veulent pas » guérir (Sobre la Resistencia en Psiconeurosis. Los neuropatas que « no quieren » curar), par Gregorio BERMAN. *Psicoterapia* (Cordoba, Argentine), n° 1, p. 46-55, janvier 1936.

La résistance au traitement des psychonévropathes est une notion qui choque malades et familles. Il ne s'agit pas de négativisme, mais d'une « hystérie de jeu ». Les moyens thérapeutiques sont acceptés et même sollicités ardemment, car la « fuite dans la maladie » est une attitude initiale qui implique le rétrécissement du champ de la conscience. M. Berman attribue aux disciplines psychanalytiques un pouvoir de neutralisation des différentes instances qui s'opposent à la guérison. C'est au médecin qu'il appartient de découvrir le système de résistance et de le détruire. Souvent les malades qui ne « veulent pas » guérir sont ceux que le médecin ne « peut pas » guérir.

P. CARRETTE.

L'impuissance virile des nouveaux mariés, par P. HARTENBERG. *Les Sciences médicales*, p. 177-179, 15 juillet 1936

La forme d'impuissance décrite par M. Hartenberg est en quelque sorte essentielle. Elle n'est due à aucune des causes locales ou générales habituelles. Elle résulte de la chasteté antérieure au mariage. La musculature génitale est engourdie par l'inaction et l'érection est insuffisante. L'émotion, les échecs répétés et l'inexpérience de la femme aggravent la situation. L'auteur préconise la galvanisation, les injections d'yohimbine et les extraits glandulaires ; les sédatifs contre l'anxiété ; l'éducation du mari et la psychothérapie.

P. CARRETTE.

Premières considérations sur le traitement de quelques maladies mentales par les injections intra-rachidiennes de lipoides, par E. BROGGI (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, octobre 1936).

L'auteur a pratiqué l'injection de lipoides (suspension de lécithine et d'éther de cholestérine) sous l'archoïde spinal de plusieurs malades. Cette injection provoque une méningite aseptique cliniquement constatable. Ce traitement, même avec des doses élevées, est en général bien toléré. Il a surtout donné des résultats intéressants dans l'épilepsie et les états d'excitation. Cela peut s'expliquer par l'action déprimante de la lécithine sur les centres nerveux.

P. ABÉLY.

Remarques cliniques sur l'association gènescopolamine-bromure dans certains syndromes d'anxiété ou d'excitation psychomotrice, par C.-A. PIERSON. *Bulletin médical*, 7 mars 1936.

Les injections sous-cutanées préconisées par l'auteur renferment 1 gramme de bromure de sodium et 3 milligrammes de gènescopolamine. Elles permettent d'obtenir une sédation de l'anxiété ou de l'agitation psychomotrice. Moyennant quelques précautions aucun incident n'est à redouter. Il convient de s'abstenir chez les jeunes gens, de s'assurer de l'intégrité des émonctoires, interrompre la cure tous les 5 ou 6 jours et exiger le repos au lit dans les heures qui suivent la piqûre.

P. CARRETTE.

Le traitement par l'hématoporphyrine dans les psychoses dépressives (The Hematoporphyrin Treatment of Depressive Psychoses), par LESLIE R. ANGUS. *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXXII, n° 4, p. 877-900, janvier 1936.

L'auteur a observé les effets favorables de l'hématoporphyrine dans la mélancolie. Ses investigations ont porté sur le mécanisme des résultats obtenus sans lui permettre d'aboutir à une explication satisfaisante. Certains états mélancoliques d'apparence sévère ont été rapidement améliorés par le traitement alors que de simples états dépressifs n'ont pas été modifiés. Les tests de laboratoire employés parallèlement à l'administration d'hématoporphyrine n'ont pas fourni d'indications précises : diminution variable de la calcémie, de la glycémie, absence de modifications importantes de la formule cellulaire sanguine.

P. CARRETTE.

Traitement par l'hématoporphyrine des états dépressifs graves (Hematoporphyrin Treatment of Severe Depressions), par D. LOUIS STEINBERG. *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXXII, n° 4, p. 901-913, janvier 1936.

Les résultats obtenus par l'hématoporphyrine paraissent à l'auteur satisfaisants, mais insuffisants pour être substitués avantageusement aux essais thérapeutiques courants. Les animaux de laboratoire réagissent au médicament par une augmentation de poids et une meilleure réponse aux excitations. Le sang présente une diminution du calcium, un redressement de la formule cellulaire, un abaissement du taux du cholestérol.

P. CARRETTE.

La pyrétothérapie des maladies mentales, par HENRI ROGER. *Revue Médicale française*, n° 3, p. 249-254, mars 1936.

La malariathérapie, la fièvre provoquée par les vaccins bactériens, le pyréfer, le nucléinate de soude, les composés soufrés ont été essayés dans le syndrome de la démence précoce et ont fourni des résultats encourageants. Chez les sujets jeunes, vigoureux, atteints de troubles aigus au début, les vaccins et le soufre sont préconisés. Dans les états maniaques et dépressifs, les conclusions à tirer de l'intervention thérapeutique ne peuvent guère s'appliquer qu'à des formes périodiques anciennes. On a cité des cas d'interruption des accès à la suite de la malariathérapie, d'accès de fixation, d'injections d'huile soufrée, d'électrargol, de séances d'ondes courtes. La pyrétothérapie agirait également contre l'angoisse et l'anxiété.

P. CARRETTE.

La malariathérapie dans la paralysie générale, par A. CUCCHI (*Rivista sperimentale di Freniatria*, septembre 1936).

Importante statistique puisqu'elle porte sur 172 paralytiques généraux impaludés.

À leur sujet, l'auteur émet les considérations suivantes : le jeune âge et la forme expansive sont d'un meilleur pronostic. Le nombre des accès a une certaine importance. Beaucoup plus que la valeur de la température maxima atteinte. Les rémissions excellentes se maintiennent, tandis que celles de degré moyen exposent fréquemment aux récides.

P. ABÉLY.

Résultats à distance de la méthode de Boschi et de quelques essais thérapeutiques dans la schizophrénie, L. CABITTO (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1936).

L'auteur discute l'efficacité de la méthode de Boschi (injection intrarachidienne de Phénolsulfostaléine) et en montre les résultats très contradictoires. Il a constaté que cette méthode, pour être vraiment active, devait être associée à d'autres conditions thérapeutiques nettement adjuvantes et en particulier une injection intradermique préalable (plusieurs jours avant) de 0,20 cc. de lait stérilisé pour déterminer un état d'allergie cutanée. Ce n'est que lorsque cette injection, répétée plusieurs fois au besoin, aura donné des signes très nets de réactivité que la méthode de Boschi pourra être utilement tentée.

P. ABÉLY.

Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique, par J. KOPICZ et T. BILIKIEWICZ. *Nowiny Psychiatryczne*, fasc. I-IV, 1936.

Sur 19 cas traités, les auteurs n'enregistrent qu'une guérison et une amélioration. Ces résultats ne dépassent pas en pourcentage le nombre des rémissions spontanées. Les mêmes résultats peuvent être atteints pour tout autre traitement de choc d'une technique plus facile, moins onéreuse et offrant moins de dangers.

FRIBOURG-BLANC.

De quelques traitements modernes de la démence précoce, par Henri SCHAEFFER. *La Presse médicale*, n° 30, p. 605-609, 11 avril 1936.

L'hyperthermie soufrée, isolée ou combinée aux injections de sels d'or, a été utilisée par M. Schaeffer pour le traitement du syndrome de la démence précoce. Très judicieusement l'auteur note l'étroit rapport entre les succès obtenus et la nature des accidents observés. Il s'agissait généralement de troubles à début aigu, dont l'apparition était imprévisible. La fréquence et la continuité des succès permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas de simples coïncidences. Des améliorations inespérées dans certains cas anciens prouvent suffisamment tout l'intérêt qu'il faut attacher aux méthodes biologiques en psychiatrie.

P. CARRETTE.

Traitement de la schizophrénie par les convulsions épileptiques provoquées, par S. GULLOTTA (*Rivista sperimentale di Frenatria*, décembre 1936).

Selon la méthode de Méduna, l'auteur a injecté du « cardiazol » dans les veines de 10 malades schizophréniques. Il a ainsi provoqué huit accès convulsifs à type épileptique.

Par cette méthode, il n'a jamais interrompu l'état catatonique.

Sans vouloir conclure d'une façon définitive, M. S. Guelotta croit que la théorie de Méduna, d'un antagonisme entre épilepsie et schizophrénie, est dépourvue d'une base solide. Il estime aussi que la provocation d'accès violents et fréquents n'est pas inoffensive.

P. ABÉLY.

La diète cétoène dans le traitement des épileptiques (La diète cetogena en el tratamiento de los epilepticos), par Francisco LADARIA CALDENTY. *Revista Medica de Barcelona*, T. XXV, n° 145, p. 38-49, janvier 1936.

Le régime qui détermine la cétonurie diminue considérablement le nombre et l'intensité des crises. A la suspension du régime, malgré le luminal, les manifestations comitiales augmentent ostensiblement. L'acidose est un procédé de lutte contre l'épilepsie d'autant plus important qu'il n'est pas simplement empirique et symptomatique, mais s'attaque aux déterminantes physiopathiques du mal.

P. CARRETTE.

Le complexe strychno-barbiturique. Son rôle dans la protection réciproque strychnine-barbiturique, par V. de LAVERGNE et P. KISSEL. *La Presse médicale*, n° 21, p. 401-403, 11 mars 1936.

L'antagonisme et l'antidotisme expliquent les inter-réactions de la strychnine et des barbituriques. Il se formerait réellement un corps nouveau, non pas indifférent, mais hypotoxique par rapport aux composants. Toutefois, il faudrait beaucoup plus de strychnine pour protéger contre les barbituriques qu'il ne faudrait de barbituriques pour neutraliser la strychnine. Dans la pratique, le traitement de l'intoxication par le gardénal et les composés de la même famille exige de grandes précautions dans le choix des doses de strychnine et il est essentiel d'agir très précocément, si possible avant l'attaque profonde des tissus nerveux par le poison initial.

P. CARRETTE.

Le traitement du coma barbiturique. Etat actuel de la strychninothérapie, par S. DE SÈZE. *Revue médicale française*, n° 5, p. 413-418, mai 1936.

La strychninothérapie du coma barbiturique est la seule vraiment agissante à condition d'être précoce et intense. L'auteur apporte les correctifs suivants : prévention ou guérison des complications cardiaques grâce à l'association de l'adrénaline et de l'ouabaïne, par voie intracardiaque dans les cas très graves ; addition d'isonal pour éviter l'intoxication thérapeutique.

Le traitement par l'alcool a été suggéré par les heureux résultats de l'expérience inverse, mais la valeur thérapeutique réelle des barbituriques dans l'intoxication alcoolique n'est pas réversible. Il serait vain et dangereux de rechercher l'effet excitant de l'alcool au cours du sommeil gardénalique.

P. CARRETTE.

Le traitement de l'alcoolisme par l'intolérance provoquée, par E. MARTIMOR et J. MAILLEFER. *Le Progrès médical*, n° 17, p. 685-689, 25 avril 1936.

Le principe du « réflexe conditionnel » est utilisé dans l'alcoolisme à l'occasion de l'auto-hémoréaction. L'ingestion de vin rouge qui suit l'injection sanguine provoque des malaises généraux et digestifs. Par la répétition quotidienne l'ingestion elle-même devient désagréable. En cas d'échec, on ajoute au vin un peu d'ipéca. L'auto-hémothérapie paraît rendre l'intolérance polyvalente. Le dégoût se généralise aux diverses formes d'alcool et le résultat obtenu est durable.

P. CARRETTE.

Zona et radiothérapie, par L. GAUTRAND et J.-A. HUET. *Le Monde Médical*, n° 883, p. 725-734, 15 mai 1936.

La radiothérapie donnerait dans le zona d'excellents résultats à la condition d'être employée dès le début. Son action sédative et microbicide se manifesterait assez rapidement dans la grande majorité des cas. 3 ou 4 séances, 6 au maximum suffiraient. Les zones à irradier sont les centres proches, relais des nerfs sensitifs intéressés : région du ganglion de Gasser, intervalle médullo-radriculaire.

P. CARRETTE.

Le traitement de la chorée de Sydenham par les injections intramusculaires de sulfate de magnésie, par MARIN RAMOS CONTRERAS. *La Presse médicale*, n° 12, p. 228-229, 8 février 1936.

Le sulfate de magnésie est injecté dans les muscles en solution à 25 0/0 à la dose de 2 gr., 50 tous les 2 jours. Les symptômes disparaîtraient après plusieurs semaines de cure. L'action hypnotique ne peut être invoquée puisque les barbituriques ne donnent aucun résultat. Il faudrait plutôt invoquer l'influence du magnésium sur l'œdème cérébral et l'état congestif. A moins que le sel de magnésie n'ait une action spéciale sur l'agent causal inconnu de la chorée.

P. CARRETTE.

Méthode de Roemer et cure bulgare dans le Parkinson post-encéphalitique, par NORO (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1936).

Six de ces malades avaient été traités par les deux méthodes. La cure bulgare donna des résultats nettement supérieurs et elle fut beaucoup mieux tolérée.

P. ABÉLY.

Les éléments fondamentaux de la cure des poliomyélites, par E. TERRIEN. *La Presse médicale*, n° 20, p. 381-382, 7 mars 1936.

La poliomyélite a aujourd'hui la réputation d'être une affection curable. Le nombre et l'efficacité des méthodes thérapeutiques donnent au médecin un rôle difficile s'il a la mauvaise fortune de rencontrer une forme aiguë grave génératrice de lésions définitives. Dans la majorité des cas, le pronostic éloigné reste cependant favorable grâce aux méthodes exposées par M. Terrien : sérothérapie, radiothérapie, traitements physiques, tels le réchauffement, le massage, la mécano-thérapie, l'ionisation et les applications électriques.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 janvier 1938*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 janvier 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 février 1938*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 février 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nomination.

M. le D^r Louis ANGLADE est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville (Marche).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) ;
- un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Marseille (Bouches-du-Rhône).

NÉCROLOGIE

M^{lle} C. Pascal (1877-1937)

Mademoiselle le Dr Constance Pascal, qui vient de succomber à une longue et douloureuse maladie, était née à Bucarest, et était venue à Paris faire ses études médicales. Bientôt naturalisée, elle devint externe des Hôpitaux de Paris, puis interne des Asiles de la Seine (1903). Elle fut la première femme reçue aux concours de l'Adjuvat des Asiles (1908), puis du Médicat des Asiles de la Seine (1925). Sa thèse de doctorat sur les *Formes atypiques de la Paralyse générale* 1906 est demeurée classique.

Dès 1905, son maître, M. Sérieux, l'attache à l'étude de la *démence précoce*, qu'elle n'a jamais cessé d'approfondir. On lui doit notamment le syndrome d'alarme, la distinction des signes d'activité et des signes résiduels, la petite catatonie, ainsi que de nombreuses études sur les prodromes, les formes neurasthéniques, mélancoliques, les crises, le rire et la poignée de main, les rémissions, etc., synthétisées dans son livre, « La Démence précoce » (1911).

Elle est ainsi amenée à aborder la psychiatrie par son côté dynamique et sa base affective. D'où l'article sur « la Démence » dans le *Traité de Roger-Widal* (1928), les nombreuses tentatives de « Traitement des maladies mentales par les chocs » (avec J. Davesne, 1926) ; l'étude du terrain biologique de la Démence précoce et la critique du parallélisme psychosomatique de Kretschmer (1929-1931) ; les essais d'exploration pharmacodynamique du psychisme et de la motricité des déments précoces (1930-1932). Enfin, les études sur les psychoses de sensibilisation aboutissent à l'ouvrage longtemps médité : « Chagrins d'amour et psychose » (1935) sur les atteintes qu'infligent au cœur féminin les luttes de la vie sur le terrain morbide. Contre Freud, elle conclut à la nécessité du refoulement.

C. Pascal, qui avait son service à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, nous laisse l'exemple d'une forte personnalité avec une vaste culture au service d'une pensée résolument indépendante, d'un labeur inlassable orienté tout entier vers le soulagement des malades.

J. VIÉ.



Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 55.635

SOMMAIRE DU N° 1 (tome II), JUIN 1937

MÉMOIRES ORIGINAUX

H. CLAUDE. — Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie	1
J. TUSQUES. — Les troubles endocriniens dans les états d'excitation	15
. ABRAMSON. — Le niveau intellectuel et le raisonnement des instables	40

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre :- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

MÉDECIN ASSISTANT : D^r Paul CARRETTE

❖
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition
❖



Psycho-
névroses
❖
Intoxica-
tions
❖
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 10 juin 1937

- J. VIÉ et M. CARON. — Quelques précisions chronologiques sur le début d'un délire hallucinatoire chez un paralytique général impaludé 74
- J. VIÉ et SOURTAC. — Accès délirant hallucinatoire basé sur des hallucinations olfactives prédominantes 79
- LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT, G. D'HEUCQUEVILLE et MIGNOT. — Episode confusionnel au cours d'une échinococcose hépatique avec essaimage péritonéal 87

Séance du 28 juin 1937

- Légion d'Honneur 92
- Adoption du procès-verbal 92
- Correspondance 92
- Election de 2 membres correspondants nationaux 93
- Th. SIMON. — Sur la pathogénie des hallucinations 93
- J. TRILLOT et CARLET-SOULAGES. — Hallucinations visuelles différenciées, survenues tardivement chez une femme atteinte de cécité depuis plus de vingt ans..... 109

(Suite du sommaire, page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

DE

L'HAY-LES-ROSES



INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE
~~~~~  
Notice sur demande  
~~~~~  
2, rue Dispan
L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE : 5
~~~~~



AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. \*  Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

- P. NAYRAC et G. FOURNIER. — La surface et le volume de l'écorce cérébrale ..... 115
- J. TRILLOT. — Délire aigu survenant un mois après les vaccinations antityphique et jén-

nérienne, chez un jeune soldat, et se terminant par la mort. Demande de pension par les ascendants ..... 117

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

*Séance du 3 juin 1937*

- J. DEREUX. — Sur une variété particulière d'hypertension artérielle, à propos de la forme clinique isolée par Puech ..... 122
- Th. ALAJOUANINE et HORNET. — Un cas de polynévrite consécutive à l'ingestion d'apiol. 123
- Th. ALAJOUANINE et THUREL. — Tremblement intentionnel brachio-facial, témoin d'un syn-

drome pyramidal et cérébelleux associé avec dysarthrie du type paralysie générale .. 123

- A. THOMAS et J. AJURIAGUERRA. — Sur un cas fruste de maladie de Steinert ..... 123

### Société de Médecine mentale de Belgique

*Séance du 29 mai 1937*

- R. TITECA. — La collocation est une mesure que l'on peut et que l'on doit souvent éviter. 124

(Suite du sommaire page VI).

# MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**  
*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*  
**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**



# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

F. NYSSSEN. — Le traitement des malades mentaux dans divers pays d'Europe ..... 124

## Société belge de Neurologie

Séance du 29 mai 1937

P. VAN GEHUCHTEN. — Quadriplégie progressive.  
Discussion du diagnostic ..... 125  
URBINO. — Le traitement du parkinsonisme par

l'extrait de racine de belladone ; mon expérience personnelle ..... 125  
DELLAERT, R. NYSSSEN et L. VAN BOGAERT. — La maladie de Parkinson familiale et la question de son hérédité similaire ..... 126  
RADERMECKER. — Sur l'évolution d'une tumeur latéro-bulbaire ..... 126  
CHRISTOPHE et DIVRY. — Méningiome intracérébelleux ..... 126

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Deuxième Réunion suisse de Psychothérapeutes

Vendredi 28 mai 1937 à Berne

#### RAPPORTS

A.-J. KIEWIET DE JONGE. — Quelques principes

et exemples de psychosynthèse ..... 127  
H. TRUEB. — Le point de vue du malade dans le mécanisme de la guérison ..... 128  
C.-G. JUNG. — La psychothérapie dans ses applications pratiques ..... 129  
W. MORGENTHALER. — La méthode et l'homme 129

(Suite du sommaire page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

D<sup>RS</sup> M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.).

Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226

# SAINT-REMY

## CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot    Tél. Régional 755 et 850

### LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Neuro-psychiatrie.

- J. LHERMITTE, P. MASQUIN et J.-O. TRELLES. — Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central. 130
- G. GUILLAIN et P. MOLLÀRET. — Etudes neurologiques, Septième série, les myoclonies vélopharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques. La maladie de Friedreich. Pathologie du névraxe ..... 131
- P. GUILLY. — Duchenne de Boulogne .... 132
- R. MORVAN. — Documents pour servir à l'étude de la vie sans moelle épinière. Cinq observations de chiens privés de leur moelle dorso-lombo-sacrée ..... 133

- L. BENEDEK. — L'influence du choc insulini-  
que sur la perception ..... 133
- C. BERTHIER. — Du rêve au délire ..... 134
- P. SCHÖBER. — Dictionnaire médical des lan-  
gues allemande et française ..... 135

#### Psychologie.

- H. PIÉRON. — L'année psychologique. (Trente-  
sixième année) ..... 135
- E. TECHOUVEYRES. — A la recherche de l'unité,  
essais de philosophie scientifique et médi-  
cale ..... 136

#### Psychanalyse.

- A. AUSTREGESILLO. — L'analyse mentale en pra-  
tique médicale ..... 137

(Suite du sommaire, page X).

# NEURINASE

*Amorce le  
sommeil naturel*

*L*

**Insomnie**  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

## Distractions

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

## Tous les sports

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur



|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| R. Bilz. — Angine psychogène. Considérations épicritiques à propos d'une amygdalite et de sa psychopathologie ..... | 137 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### Assistance.

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| C. Caussé. — Les internements évitables .. | 139 |
|--------------------------------------------|-----|

### Médecine légale.

|                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| H. Merkel et K. Walcher. — Diagnostic et technique en médecine légale, notamment en ce qui concerne l'autopsie ..... | 139 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### Histoire de la Médecine.

|                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| F. Moussay. — De la nature, des causes, des différences des monstres ..... | 140 |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|

## JOURNAUX ET REVUES

### Thérapeutique.

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. Wegierko. — Léger choc insulinaire comme moyen hypnotique et analgésique .....                                                | 141 |
| G. Bychowski, M. Kaczynski, C. Konopra et K. Szczytt. — Essai et résultats actuels du traitement des psychoses par l'insuline... | 141 |
| E. Mira. — La méthode de Sakel pour le traitement de la schizophrénie.....                                                       | 141 |
| J. Borysowicz, J. Paradowski, J. Rose, St. Witek et W. Zalewski. — Le traitement de la schizophrénie par l'insuline .....        | 142 |
| Borysowicz et M. Marzynski. — Suite d'observations sur le traitement de la schizophrénie par les hautes doses d'insuline.....    | 142 |

(Suite du sommaire, page XII).

## CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-  
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-  
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-  
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES  
ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --  
D<sup>r</sup> GUILLEREY, Médecin Directeur  
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi  
et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).  
D<sup>r</sup> Duby, D<sup>r</sup> Calame. Médecin consultant :  
Professeur d'Université D<sup>r</sup> O. Löwenstein.

# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares |||



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||  
||| Etudes et leçons particulières dans l'établissement |||  
||| -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- |||  
||| -- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- |||

Quatre médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 30 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

A. RULKOWSKI. — Résultats actuels du traitement de la schizophrénie par l'insuline dans la Clinique neurologique et psychiatrique de Wilno 142

J. FROSTIG, J. KISTER, A. MANASSON et V. MATECKI, — Etude expérimentale sur le traitement insulinique de la schizophrénie ..... 142

## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

Séances du mois de juillet 1937 ..... 143

Légion d'Honneur ..... 143

### Hôpitaux psychiatriques :

Nominations ..... 144

Postes vacants ..... 144

Directeurs administratifs ..... 144

Concours pour 20 postes de Médecin-Chef des

Hôpitaux psychiatriques ..... 144

Concours pour 7 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine ..... 145

Bourse de Voyage de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine ..... 146

### Réunions et Congrès :

Congrès se tenant en France au mois de juillet 1937 ..... 148

(Suite du sommaire page XIV).

# SANATORIUM BELLEVUE

## A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

**Spécialement organisé pour le traitement des MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle. Informations et prospectus par l'Administration.

**Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER**

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

|                                                                               |     |                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale de la Faculté de Paris ..... | 148 | psychological Association ..... | 148 |
| 96 <sup>e</sup> Réunion Annuelle de The Royal Medico-                         |     | Université de Moscou :          |     |
|                                                                               |     | Nécrologie .....                | 148 |

## INFORMATIONS

|                                                                                           |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| II <sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale (Paris, 19-25 juillet 1937) ..... | XVII |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|

### *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO - MÉDICO - PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45



# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminalisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

# PARALYSIE GÉNÉRALE

CHIMIOTHÉRAPIE

## STOVARSOL SODIQUE

4 oxy 3-Acétylamino - phényl  
1 Arsinate de sodium

AMPOULES dosées  
à 0,gr.50 et 1gr.

INJECTIONS  
Sous-Cutanées ou  
Intramusculaires

PYRÉTHÉRAPIE

## DMELCOS

émulsion stabilisée  
de bacilles de Ducrey

AGENT PYRÉTOGÈNE  
RÉGLABLE À VOLONTÉ

AMPOULES  
de ½ cc. à 3 cc.

INJECTIONS  
Intraveineuses

\*Studialex

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES et USINES du RHÔNE  
21, rue Jean Goujon — Paris —

## INFORMATIONS

### DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE Paris (19-25 juillet 1937)

Le II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale se tiendra à Paris, du 19 au 25 juillet 1937.

Président d'Honneur : M. le Professeur Henri CLAUDE.

Président du Congrès et Président du Comité Exécutif : M. le D<sup>r</sup> Ed. TROU-  
LOUSE.

Vice-Président du Comité Exécutif : M. le Professeur Aug. LEY

Secrétaire permanent : M. Clifford W. BEERS.

Secrétaire général : M. le D<sup>r</sup> G. GENIL-PERRIN.

Trésorier : M. Robert DEMACHY.

Président du Comité du Programme : M. le D<sup>r</sup> René CHARPENTIER.

Vice-Président du Comité du Programme : M. le Professeur Aug. LEY.

Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. le Professeur  
Jean LÉPINE.

Vice-Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. le Conseil-  
ler d'Etat Joseph DELAÎTRE.

#### RÈGLEMENT DES SÉANCES DU CONGRÈS

Pendant la durée du Congrès, deux séances seront organisées matin et  
soir. A chacune de ces séances seront présentés trois rapports ayant trait à

(A suivre, page d'annonces XVIII).



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

des sujets connexes. Chaque rapporteur disposera de 16 pages d'impression et de 15 minutes pour le résumé oral de son rapport en séance.

Chaque rapport sera suivi d'une *discussion* et de *communications* orales sur les points particuliers traités dans ce rapport. Il sera accordé à chaque orateur prenant part à cette discussion et à chaque auteur d'une communication 4 pages d'impression et 5 minutes d'exposé oral.

Les langues suivantes pourront être imprimées dans les publications du Congrès : allemand, anglais, espagnol, français, italien, portugais. Chaque manuscrit devra être accompagné d'un *résumé* de 15 à 20 lignes en français et en anglais.

Pour prendre part aux discussions des rapports et pour présenter des communications sur les questions mises à l'ordre du jour du Congrès, il est recommandé de s'inscrire dès maintenant, et le plus tôt possible, auprès du *Président du Comité du Programme du II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène Mentale* : D<sup>r</sup> René CHARPENTIER, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

#### PROGRAMME

Lundi 19 juillet 1937

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr').

#### SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE

sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique

I. — Discours de M. le Ministre de la Santé publique.

II. — Discours de M. le D<sup>r</sup> Edouard TOULOUSE, *Président du II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale.*

(A suivre, page d'annonces XIX).

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine  
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS  
130, rue de la Glacière  
PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40  
MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE  
VIRY-CHATILLON  
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

—  
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

- III. — Rapport de M. CLIFFORD W. BEERS, *Secrétaire général du Comité International d'Hygiène mentale.*  
IV. — Rapport de M. le D<sup>r</sup> Georges GENIL-PERRIN, *Secrétaire général du II<sup>e</sup> Congrès d'Hygiène mentale.*  
V. — *Les bases scientifiques de l'Hygiène mentale.*  
Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> André REPOND (de Malévoz-Monthey, Suisse).

14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>t</sup>).

- I. — *Les conditions et le rôle de l'eugénique dans la prophylaxie des maladies mentales.*

Rapporteur : M. le Professeur RÜDIN (de Munich).

Inscrite pour la discussion : Mme le D<sup>r</sup> MINKOWSKA (de Paris).

- II. — *Les lois de stérilisation eugénique et les résultats de leur application.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> HOWARD C. TAYLOR (de New-York).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur POHLISCH (de Bonn).

- III. — *L'Hygiène mentale de la sexualité.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> J. M. SACRISTAN (de Madrid).

*La sexualité et l'Hygiène mentale.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> J. HYNIE (de Prague).

#### COMMUNICATIONS

*Une réforme eugénique en Catalogne*, par M. le D<sup>r</sup> F. MARTI IBANEZ (de Barcelone).

*El examen psiquico prenupcial obligatorio*, par M. le D<sup>r</sup> René ARDITI ROCHA (de Buenos-Aires).

*El examen psiquico de la futura madre*, par M. le Professeur Miguel FALCIA et M. le D<sup>r</sup> René ARDITI ROCHA (de Buenos Aires).

(A suivre, page d'annonces XX).

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations moder-  
nes et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D<sup>r</sup> H. BERSOT



*La legislazione odierna in Italia sulle malattie sessuali, di fronte ad alcuni casi pratici — note di uno psichiatra. — (L'actuelle législation de l'Italie sur les maladies sexuelles : remarques d'un psychiatre sur quelques cas pratiques), par M. le Professeur Oreste BONAZZI (de Bologne).*

17 heures 15. — Réception par M. le Ministre des Affaires Etrangères au Ministère des Affaires Etrangères, 37, Quai d'Orsay (Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>1</sup>).

Mardi 20 juillet 1937

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>1</sup>).

I. — *L'Hygiène mentale dans l'éducation familiale.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> Corrado TUMIATI (de Florence).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan).

II. — *L'Hygiène mentale à l'Ecole et à l'Université.*

Rapporteur : M. le Professeur Gonzalo BOSCH (de Buenos-Aires).

Inscrits pour la discussion : M. le D<sup>r</sup> Arthur H. RUGGLES (de Providence) ; M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan) ; Mme le D<sup>r</sup> Doris ODLUM (de Londres).

III. — *La législation de l'enfance anormale.*

Rapporteur : M. le Professeur G. VERMEYLEN (de Bruxelles).

Inscrits pour la discussion : M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan) ; Miss Evelyn Fox (de Londres).

COMMUNICATIONS

*Deux tendances fondamentales de l'enfant. Leur importance pour l'Hygiène mentale, par M. le D<sup>r</sup> A. GROENEVELD (d'Amsterdam) ;*

(A suivre, page d'annonces XXI).

# NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

## RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ  
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL  
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT  
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes  
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de  
glycérophosphates  
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel - PARIS (12<sup>e</sup>)

ni chaud, ni sucre, ni alcool  
aucune contre-indication

- A source of anti-social attitude in Childhood and its prevention*, par M. le Dr Tom A. WILLIAMS (de Londres) ;
- La psico-sexualidad infantil. Normas de orientacion familiar y pedagogica*, par M. le Professeur Leopoldo MATA et M. le Dr René ARDITI ROCHA (de Buenos Aires) ;
- The Mental Hygiene of the Adolescent*, par M. le Dr W. M. C. HARRÖWES (d'Edinburgh) ;
- The reform of School recess as a prevention of Child neurosis (the new clinical theory of play and neurosis)*, par M. le Professeur F. SCHNEER-SHON (de Tel-Aviv, Palestine) ;
- Positive Mental Hygiene in Personality development*, par M. Ernest M. LIGON (de Schenectady-New-York) ;
- The Teaching of Mental Hygiene by examples taken from popular literature*, par M. le Dr Tom A. WILLIAMS (de Londres) ;
- The progress of Psychiatric Education in the United States and Canada*, par M. le Professeur Franklin G. EBAUGH (de Denver, Colorado) ;
- An Approach to Prevention in Mental Hygiene*, par Mlle le Dr Ruth E. FAIRBANK (de Baltimore).

Mardi 20 juillet 1937

14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>t</sup>).

I. — *L'Hygiène mentale du travail intellectuel.*

Rapporteur : M. le Professeur Charles S. MYERS (de Londres).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur L. ROCHLIN (de Kharkof).

II. — *L'Hygiène mentale dans l'orientation professionnelle.*

Rapporteur : M. le Professeur J.-M. LAHY (de Paris).

(A suivre, page d'annonces XXII).



# CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements

de Repos

de Régimes

Affections nerveuses

Intoxications

Convalescences



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --

Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

III. — *Hygiène mentale et Urbanisme.*

Rapporteur : M. le Professeur LEVI-BIANCHINI (de Nocera Inferiore).

COMMUNICATIONS

*Psychologie et Orientation professionnelle. Hygiène de l'attention. Aptitude à l'attention*, par M. le Professeur PLINIO OLINTO (de Rio-de-Janeiro) ;  
*L'aspect social de l'Hygiène mentale*, par M. le Dr B. LIBER (de New-York) ;  
*Recreational Therapy in Pre-schizophrenic Patients*, par M. le Dr GILBERT J. RICH (de Milwaukee, Wis) ;

*Importancia de la Higiene Mental*, par M. le Dr MISENO SAONA (de Guayaquil, Equateur) ;

*L'hygiène mentale. Essai de définition et de limitation de domaines voisins*, par M. le Dr K. DABROWSKI (de Varsovie).

17 heures. — *Visites des Laboratoires de Psychotechnique du Réseau des Chemins de Fer du Nord*, 135, rue de la Chapelle, Rond-Point de la Chapelle, Paris (XVIII<sup>e</sup> arr<sup>e</sup>), sous la direction de M. le Professeur J.-M. LAHY.

Mercredi 21 juillet 1937

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>e</sup>).

I. — *Le rôle de l'Hérédité et de la Constitution dans l'étiologie des troubles de l'esprit.*

Rapporteur : M. le Professeur KRETSCHMER (de Marburg).

Inscrits pour la discussion : Mme le Professeur RAÏSSA GOLANTE-RATNER (de Leningrad) ; Mme le Dr MINKOWSKA (de Paris) ;  
M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul).

(A suivre, page d'annonces XXIII).

## Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : Dr O. Riggenbach  
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

II. — *La prophylaxie des maladies nerveuses et mentales d'origine toxico-infectieuse.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> L. MARCHAND (de Paris).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul).

III. — *Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux.*

Rapporteur : M. le Professeur E. MIRA (de Barcelone).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul).

COMMUNICATIONS

*Mental Hygiene and the Individual*, par M. le D<sup>r</sup> Arthur H. RUGGLES (de Providence) ;

*Untersuchungen über kranke Ehen*, par M. le D<sup>r</sup> W. MORGENTHAUER (de Berne) ;

*L'importance de la méthode généalogique pour les problèmes de prophylaxie mentale*, par Mme le D<sup>r</sup> MINKOWSKA (de Paris) ;

*Les problèmes de la prophylaxie somatique des maladies nerveuses et mentales*, par M. le Professeur Jacques RATNER et Mme le Professeur Raïssa GOLANTE-RATNER (de Leningrad) ;

*Appunti statistici sui figli dei paralitici progressivi. (Notes statistiques sur les fils des déments paralytiques)*, par M. le Professeur Oreste BONAZZI (de Bologne) ;

*The Psychometric Response of Patients with General Paresis to Treatment*, par M. le D<sup>r</sup> Samuel H. EPSTEIN (de Boston) ;

*Du rôle de certains facteurs sociaux dans la genèse des troubles mentaux*, par M. le D<sup>r</sup> Maurice LECONTE et Mme S. LECONTE-LORSIGNOL (de Paris) ;

*Frustrations during middle life*, par M. le D<sup>r</sup> Tom. A. WILLIAMS (de Londres) ;

(A suivre, page d'annonces XXIV).

## Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

### Direction médicale

D<sup>r</sup> Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

D<sup>r</sup> Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

## MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D<sup>r</sup> Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie, par M. le Dr Jacques VIÉ (de Moisselles).

Mercredi 21 juillet 1937

14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>t</sup>).

I. — *L'appétit pour les toxiques et la lutte contre les toxicomanies.*

Rapporteur : M. le Professeur G. BONVICINI (de Tulln, Autriche).

Inscrits pour la discussion : M. le Professeur POHLISCH (de Bonn) ;

M. le Professeur WIGERT (de Stockholm).

II. — *La prophylaxie de l'alcoolisme.*

Rapporteur : M. le Professeur Walter R. MILES (de New-Haven, Connecticut).

III. — *La prophylaxie individuelle et sociale du suicide.*

Rapporteur : M. le Professeur D. K. HENDERSON (d'Edinburgh).

Inscrits pour la discussion : M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan).

COMMUNICATIONS

*Le problème de l'accoutumance expérimentale à la morphine*, par M. R. CAHEN (de Paris) ;

*Toxicomanie und Lustprinzip*, par M. le Dr Heinrich KOGERER (de Vienne, Autriche) ;

*Epidémie d'héroïnomanie. Mesures prophylactiques et thérapeutiques*, par M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul) ;

*La lutte contre l'héroïnomanie*, par M. le Professeur MAZHAR OSMAN UZMAN (d'Istanbul) ;

(A suivre, page d'annonces XXV).

# CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

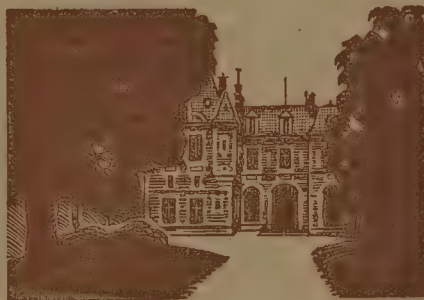
65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

**Confort Moderne**

**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malariathérapie

**MÉDECINS  
SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE



*Alcune osservazioni attorno alla legislazione sugli stupefacenti. (Quelques observations sur la législation des stupéfiants),* par M. le Professeur Oreste BONAZZI (de Bologne).

*Alcoolisme mental : Mesures législatives prophylactiques,* par M. le Dr Roger MIGNOT (de Ville-Evrard) ;

*Examples of suicide prevented by Mental Hygiene,* par M. le Dr Tom A. WILLIAMS (de Londres) ;

*L'influence des publications sur les suicides en Turquie,* par M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul) ;

17 heures. — *Visite des Laboratoires de Psychotechnique et de Psychophysiologie du Travail de la Société des Transports en Commun de la Région Parisienne, 18, rue du Mont-Cenis, Paris, XVIII<sup>e</sup>, sous la direction de M. le Professeur J.-M. LAHY.*

**Jeudi 22 juillet 1937**

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>t</sup>).

I. — *L'organisation d'un Centre de Prophylaxie mentale.*

Rapporteur : M. le Dr Marcel ALEXANDER (de Bruxelles).

II. — *La formation du personnel auxiliaire des organisations d'Hygiène mentale.*

Rapporteur : M. le Professeur SOBRAL CID (de Lisbonne).

III. — *La législation comparée de l'Assistance psychiatrique.*

Rapporteurs : MM. les Drs A. COURTOIS (de Chezal-Benoît, France), et Roger ANGLADE (de Paris).

(A suivre, page d'annonces XXVII).

## CLINIQUE PRIVÉE

Dr Th. BRUNNER

### KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode Dr Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

### CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

**Prix de pension à partir des frs. s. 15**

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : Dr Th. BRUNNER

# TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE DES SYNDROMES SYMPATHIQUES et PARASYMPATHIQUES

•  
ANGOISSE \_ ANXIÉTÉ \_ INSOMNIE NERVEUSE  
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR  
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

# La Passiflorine RÉAUBOURG

Préparation composée d'Extraits végétaux  
**ATOXIQUES**



Passiflora  
incarnata  
Salix alba  
Crataegus  
oxyacantha

COMMUNICATIONS

- Le service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle, organisme de prophylaxie mentale*, par MM. les D<sup>rs</sup> R. DUPOUY et H. PICHARD (de Paris) ;  
*The Functions of a Mental Hygiene Clinic in a small City*, par M. le D<sup>r</sup> GILBERT J. RICH (de Milwaukee, Wis.) ;  
*L'Institut d'Hygiène mentale de Varsovie*, par M. le D<sup>r</sup> K. DABROWSKI (de Varsovie) ;  
*Le cadre de l'hygiène et de la prophylaxie mentale. Leur application en Roumanie*, par M. le D<sup>r</sup> Georges PRÉDA (de Sibiu) ;  
*Soziale Organisation der psychiatrischen Fürsorge*, par M. le Professeur H. W. MAIER (de Zurich) ;  
*Principes, Méthodes et Etat actuel de l'Assistance aux aliénés en U.R.S.S.*, par M. le Professeur L. ROCHLIN (de Kharkof) ;  
*Projet d'une nouvelle forme d'assistance aux psychopathes entraînant une modification de la loi française du 30 juin 1838*, par M. le Professeur Henri CLAUDE et M. le D<sup>r</sup> P. RUBENOVITCH (de Paris) ;  
*L'Assistance psychiatrique aux indigènes nord-africains (Lybiques). Etat actuel et propositions*, par M. le D<sup>r</sup> Angelo BRAVI (de Briscia) ;  
*La réforme de l'Assistance psychiatrique en Catalogne*, par M. le D<sup>r</sup> Salvador VIVÈS (de Barcelone) ;  
*Books and Librarians for Mental Patients*, par Mrs ROBERTS (de Londres).

VISITE DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE MAISON-BLANCHE

11 heures 45. — Départ du Centre Marcelin-Berthelot en autocar pour l'Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

12 heures 30. — Visite des Services médicaux et administratifs de l'Asile de Maison-Blanche.

13 heures 15. — Déjeuner offert par le département de la Seine à l'Asile de Maison-Blanche.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

## SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

# NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

## MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

# CANTÉINE

## BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
 Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
 -- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)

Jeudi 22 juillet 1937

15 heures. — 2<sup>e</sup> séance.

(A l'Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

I. — *La prophylaxie des délits et des crimes.*

Rapporteur: M. le Professeur Olof KINBERG (de Saltzjöbaden, Suède).

Inscrit pour la discussion: M. le Dr STUMPEL (de Munich).

II. — *Les anormaux devant la Justice.*

Rapporteur: M. le Dr van der HOEVEN (d'Utrecht).

Inscrit pour la discussion: M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan).

III. — *La protection sociale et l'assistance aux anormaux délinquants et criminels.*

Rapporteur: M. le Dr Louis VERVAECK (de Bruxelles).

Inscrits pour la discussion: Miss Evelyn Fox (de Londres); M. le Professeur GREGOR (de Karlsruhe).

COMMUNICATIONS

*La portée de l'Hygiène mentale dans le domaine juridique (Droit privé et Droit pénal),* par M. le Professeur J. PERITCH (de Belgrade);

*Le service des visites à domicile, organisme de prophylaxie et de défense sociales,* par MM. les Drs R. DUPOUY, G. DAUMÉZON et A. BELEY;

*I sostenitori e i giovani. (Les souteneurs et la jeunesse),* par M. le Professeur Oreste BONAZZI (de Bologne).

18 heures. — Retour à Paris par autocar au Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup>. (Prix de l'excursion: 20 fr.).

(A suivre, page d'annonces XXIX).

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrus)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone: 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication: Tramway n° 54, Place de la Trinité-Engbien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Engbien, 7 kilomètres de Paris.

Vendredi 23 juillet 1937

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>t</sup>).

I. — *Proposition d'une Classification internationale des troubles mentaux (Nomenclature).*

Rapporteur : Sir Hubert BOND (de Londres).

Inscrit pour la discussion : M. le D<sup>r</sup> Horatio M. POLLOCK (d'Albany).

II. — *L'unification de la Statistique psychiatrique internationale.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> H. BERSOT (du Landeron, Suisse).

Inscrits pour la discussion : M. le Professeur ROEMER (d'Illenau) ;

M. le D<sup>r</sup> Horatio M. POLLOCK (d'Albany).

III. — *L'unification des Statistiques générales dans les Etablissements d'assistance psychiatrique.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> M. DESRUELLES (de Saint-Ylie, France).

COMMUNICATION

« *Epidemiology* » in *Mental Hygiene*, par Mlle le D<sup>r</sup> Ruth E. FAIRBANK (de Baltimore).

Vendredi 23 juillet 1937

14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance. SÉANCE DE CLÔTURE DU CONGRÈS

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup> arr<sup>t</sup>).

I. — *Exposé des recherches scientifiques les plus urgentes en vue de la prophylaxie des troubles mentaux.*

Rapporteur : M. le Professeur Aug. WIMMER (de Copenhague).

(A suivre, page d'annonces XXX).

LE CASTEL  
D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -

LE BOUSCAT, près Bordeaux

- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON



Inserits pour la discussion : M. le Professeur RÜDIN (de Munich) ;  
M. le Dr H. CRICHTON MILLER (de Londres).

II. — *Exposé des moyens à recommander pour la propagande de l'Hygiène mentale.*

Rapporteur : M. le Professeur J. P. PORTO CARRERO (de Rio-de-Janeiro).

III. — *Rapport sur les Vœux présentés au II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale.*

Rapporteur : M. le Dr Georges GENIL-PERRIN, Secrétaire général du Congrès.

COMMUNICATIONS

*Quels sont nos critères de la norme?* par M. le Dr R. de SAUSSURE (de Genève) ;  
*Publicidad radiotelefonica e Higiene Mental*, par M. le Professeur F. GORRITI (de Buenos-Aires) ;

*Les efforts faits dans les deux dernières années par la République Mexicaine pour les progrès de l'Hygiène Mentale*, par M. le Dr Samuel RAMIREZ MORENO (de Mexico).

17 heures 30. — *Réception* par M. le Président et MM. les Membres du Conseil Municipal de Paris à l'Hôtel de Ville.

Samedi 24 juillet 1937

*Visites d'Institutions de Psychotechnique et d'Assistance aux enfants anormaux*

9 heures. — Départ en autocar du Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII<sup>e</sup>.

9 heures 30. — *Visite du Laboratoire du Travail du Réseau des Chemins*

(A suivre, page d'annonces XXXI).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

# COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau  
12 à 15 comprimés par litre.



de Fer de l'Etat français, 6, rue Hippolyte-Maze, à Viroflay (Seine-et-Oise), sous la direction du Chef du Laboratoire, Mlle WEINBERG.

10 heures 30. — Départ en autocar pour la Colonie d'enfants anormaux de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise).

11 heures 15. — Visite de la Colonie d'enfants anormaux.

13 heures. — Lunch offert par le Département de la Seine.

15 heures. — Départ de la Colonie d'enfants anormaux de Perray-Vaucluse en autocar pour Versailles, par la Vallée de Chevreuse.

16 heures. — Arrivée à Versailles. Visite du Château, du Parc et des Trianons.

18 heures 30. — Retour en autocar à Paris, au Centre Marcelin-Berthelot, - 28 bis, rue Saint-Dominique (Paris, VII<sup>e</sup>).

### Dimanche 25 juillet 1937

12 heures 30. — Un déjeuner, offert par le Congrès, réunira les Congressistes.

15 heures. — Réunion du Comité International d'Hygiène Mentale.



#### EXPOSITION D'HYGIÈNE MENTALE

Il sera organisé, à proximité de la salle des séances du Congrès, une exposition de l'histoire, des buts, des moyens, des résultats, des projets, etc., du mouvement international d'hygiène mentale, exposition à laquelle chaque pays pourra apporter sa documentation propre : plans, statistiques, fiches, etc., dans ses diverses activités relatives à l'hygiène mentale, à la prophylaxie, à l'assistance et à la thérapeutique des maladies mentales.

(A suivre, page d'annonces XXXII).

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ FONDÉ EN 1930 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.



Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
**Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis**

**VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07**  
● NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR ●

# INSCRIPTION AU CONGRÈS

Le Congrès comporte des *membres adhérents* et des *membres associés*. Seuls les *membres adhérents* ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Le prix de leur cotisation est de 125 francs français. Ils recevront un exemplaire des rapports et des comptes rendus du Congrès. Pour être membre adhérent, il n'est pas nécessaire d'être docteur en médecine.

Les *membres associés* ne prennent pas part aux discussions du Congrès, mais peuvent assister aux séances et bénéficient des avantages accordés pour les voyages, excursions, visites..., etc. Le prix de leur cotisation est de 75 francs français. Ils ne recevront pas les rapports ni les comptes rendus du Congrès.

Pour être membre du Congrès, il faut être agréé par le Bureau. Les docteurs en médecine ne peuvent s'inscrire que comme membres adhérents. Ils peuvent inscrire les membres de leur famille comme membres associés.

Une cotisation de 500 francs français sera demandée aux *Ligues Nationales d'Hygiène Mentale*. Les Administrations publiques, les Etablissements hospitaliers et les Centres d'Hygiène et de Prophylaxie mentale, les Sociétés scientifiques, certaines associations professionnelles peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus. Le chiffre de leur cotisation a été fixé à 125 francs français.

Les dons, cotisations, etc., sont reçus par M. Robert DEMACHY, trésorier du *Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale*, 27, rue de Londres, à Paris.

Les demandes d'inscription au Congrès doivent être adressées à M. le Secrétaire administratif du *II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène Mentale* (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, XIV<sup>e</sup> arrondissement).

Les *membres adhérents* régulièrement inscrits recevront un exemplaire de chacun des rapports dès leur publication.



## VILLA LUNIER à BLOIS

### consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — Téléphone : 2-52.

Médecin en Chef-Directeur : **D<sup>r</sup> OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

# SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1937

## MÉMOIRES ORIGINAUX

|                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| P. JANET. — Les troubles de la personnalité sociale.....          | 149 |
| R. GOLANT-RATNER. — Agnosie digitale et troubles psychiques.....  | 201 |
| P. SIVADON. — Phénomènes autoscopiques au cours de la grippe..... | 215 |

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 juillet 1937

|                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| R. DUPOUY et G. DAUMÉZON. — De l'importance des visites à domicile dans les cas de psychopathies familiales .....                  | 221 |
| X. ABÉLY et J. DELMOND. — Hyperostose frontale interne : démence, lipomatose symétrique, troubles infundibulaires ....             | 225 |
| P. COURBON et J. CHAPOULAUD. Récidive de tentative de suicide chez un ancien mélancolique uxoricide par négligence familiale ..... | 231 |

Séance du lundi 26 juillet 1937

1<sup>re</sup> SÉANCE

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Félicitations .....                                                           | 236 |
| Adoption du procès-verbal .....                                               | 236 |
| Correspondance .....                                                          | 236 |
| Election de 21 membres associés étrangers .....                               | 237 |
| Allocution de M. René Charpentier, président .....                            | 237 |
| H. CLAUDE. — Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie. — Discussion ..... | 241 |

(Suite du sommaire, page II).

## CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



## L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE

PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-

LES-ROSES

(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

- CURES DE DÉSINTOXICATION -

- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. FROMENT. — Accident hystérique et substratum mental .....                                             | 265 |
| P. COURBON. — Hystérie, schizophrénie, pithiatisme et simulation .....                                   | 268 |
| 2 <sup>e</sup> SÉANCE                                                                                    |     |
| J. TUSQUES. — Les troubles endocriniens dans les états d'excitation. — Discussion .....                  | 274 |
| X. et P. ABÉLY. — Les interréactions hypophyso-thyroidiennes et hypophyso-ovariennes dans la manie ..... | 286 |
| Egaz MONIS et Diego FURTADO. — Essais de                                                                 |     |

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| traitement de la schizophrénie par la leu-  |     |
| cotomie préfrontale .....                   | 298 |
| H. BARUK et PUECH. — Catatonie et cata-     |     |
| lepsie expérimentale par imprégnation       |     |
| corticale ou par lésions chirurgicales cor- |     |
| ticales chez le lapin et le singe ....      | 309 |
| PUECH et H. BARUK. — Lobe préfrontal et     |     |
| catatonie expérimentale .....               | 319 |
| J. DELMOND et R. VERCIER. — Effets stimu-   |     |
| lants de la benzédrine dans la fatigue      |     |
| nerveuse et l'hypotonie végétative ...      | 323 |
| J. FRETET. — Erotomanie homosexuelle mas-   |     |
| culine .....                                | 328 |

## SOCIÉTÉS

### Société française de Psychologie

*Séance du jeudi 21 janvier 1937*

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| XIRAN. — Quelques considérations sur l'amour et la perception des valeurs ..... | 332 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Séance du jeudi 11 mars 1937*

|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ch. SERRUS. — Le psychologisme ou la position de la psychologie à l'égard de la logique aristotélicienne ..... | 333 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Séance du jeudi 22 avril 1937*

|                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Mlle Th. BROUSSE. — Retentissement cardio-vasculaire de la concentration. Etude du phénomène de concentration dans le système Hindou du Yoga (projections) ..... | 333 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

*Séance du 25 juin 1937*

|                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|
| MAGE. — Présentation de malade .....           | 334 |
| P. VAN GERUCHTEN. — Tumeur du corps cal-       |     |
| leux .....                                     | 334 |
| J. HELSMOORTER et L. VAN BOGAERT. — Troubles   |     |
| vestibulaires dans une compression médullaire  |     |
| cervicale. Réactions vestibulaires anormales   |     |
| dans une lésion intra-médullaire cervicale     | 335 |
| J. RADERMECKER. — Mouvements athétosiques et   |     |
| hyperesthésies complexes dans les traumatismes |     |
| cérébraux. Deux cas .....                      | 335 |
| DE BUSSCHER, SCHERER et THOMAS. — Méningite à  |     |
| Torula .....                                   | 335 |

*(Suite du sommaire, page IV).*

# MAISON DE SANTÉ

:-: D'IVRY-SUR-SEINE :-:

**23, Rue de la Mairie à IVRY**

*Téléphone : Gob. 01.67*

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS  
DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**



# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \*  D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### XXI<sup>e</sup> Congrès de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue Française

Paris 24-27 mai 1937

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| RAPPORTS CONSACRÉS A LA PROPHYLAXIE CRIMINELLE                          |     |
| CEILLIER, SCHIFF et Mlle BADONNEL. — La prophylaxie criminelle .....    | 336 |
| Mlle BADONNEL. — La prophylaxie criminelle juvénile .....               | 337 |
| II. P. SCHIFF. — La prophylaxie criminelle en dehors de la prison ..... | 338 |
| III. A. CEILLIER. — La prophylaxie criminelle pénitentiaire .....       | 339 |

### Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française

XLI<sup>e</sup> Session (Nancy 30 juin-3 juillet 1937). Discours inaugural du Dr M. OLIVIER..... 342

#### RAPPORT DE PSYCHIATRIE

R. BARGUES. — Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus..... 342

#### RAPPORT DE NEUROLOGIE

N. PERON. — Les atrophies cérébelleuses primitives .....

#### RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

B. POMMÉ. — Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues .....

#### I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

|                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| P. COMBEMALE. — Du rôle des hormones génitales sur le psychisme du chien.....                                                                                          | 347 |
| J. TITECA. — Etude électro-encéphalographique d'un cas d'hémianesthésie hystérique.....                                                                                | 347 |
| CHRISTY. — Phénomènes de balancement psychosomatique, expression particulière d'une loi générale dans les localisations viscérales tuberculeuses. Rôle du terrain..... | 348 |
| J. HAMEL et EDERT. — A propos d'une forme clinique d'encéphalite psychosique .....                                                                                     | 348 |
| H. ROGER et J. ALLIEZ. — Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypés d'allure pithiatique .....                                                     | 348 |
| H. BERSOT. — Considérations sur le mécanisme de l'action curative de l'insuline et du cardiazol dans la schizophrénie.....                                             | 348 |
| H. BERSOT. — La crise convulsive provoquée par les analeptiques chez l'homme et l'animal                                                                               | 349 |
| G. PETIT. — Syndromes psychopathiques avec polyradiculonévrites et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien..                                    | 349 |
| MARESCHAL et CHAURAND. — La paralysie générale en Tunisie .....                                                                                                        | 349 |
| M. MARESCHAL. — L'héroïnomanie en Tunisie                                                                                                                              | 349 |
| A. DONAGGIO. — Le contrôle de la pyrétothérapie avec ma méthode .....                                                                                                  | 349 |

#### II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

|                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| R. COLLIN. — Neurocrinie hypophysaire.....                                                                                                               | 349 |
| A. DONAGGIO. — Méthode de coloration et méthode de réduction argentine dans la démonstration et l'étude du réseau neuro-fibrillaire endocellulaire ..... | 349 |

(Suite du sommaire page VI).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD  
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition



Psycho-  
névroses  
Intoxica-  
tions  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.*

*Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

|                                                                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. DONAGGIO. — Sur la reproduction expérimentale de la base anatomique des leuco-encéphalomyélites .....                                                            | 350 |
| V. DE LAVERGNE, P. KISSEL et H. ACCOYER. — Les lésions de la névrite ourlienne humaine et expérimentale .....                                                       | 350 |
| GUIRAUD. — Figures parasitaires dans la sclérose en plaques .....                                                                                                   | 350 |
| J. JACQUES. — Diagnostic radiologique de la dysphagie paralytique dans les scléroses bulbaires .....                                                                | 350 |
| P. MICHON. — Réflexe radio-fléchisseur .....                                                                                                                        | 350 |
| P. MICHON, P. LEICHTMANN et H. RENAUDIN. — Temps de réaction chez les parkinsoniens post-encéphaliques .....                                                        | 350 |
| J. HAMEL et P. MICHON. — Syndromes parkinsoniens et traumatismes .....                                                                                              | 351 |
| MAZHAR O. UZMAN. — Le choc moral comme cause de déclenchement de l'ataxie tabétique .....                                                                           | 351 |
| A. ROQUIER. — Le rôle moteur homo-latéral des circonvolutions .....                                                                                                 | 351 |
| L. MARCHAND et R. DUPOUY. — Troubles moteurs déficitaires bilatéraux sans signes d'hypertension intracrânienne symptomatiques d'une tumeur à évolution rapide ..... | 351 |
| PERRIN, H. KISSEL, ROUSSEAUX et CASTELAIN. — Ménigiome de la petite aile du sphénoïde. Variété dite de « l'angle sphéno-caverneux » .....                           | 351 |
| PERRIN, GRANDPIERRE, ROUSSEAUX et CASTELAIN. — Epilepsie Bravais-jacksonienne: arachnoïdite fronto-pariétale traumatique .....                                      | 351 |
| H. ROGER, J. PAILLAS et J. VAGUE. — Syndrome de Landry médullaire d'origine syphilitique: guérison thérapeutique .....                                              | 352 |
| MAZHAR O. UZMAN. — Hémorragies sub-durales dues à des traumatismes périphériques .....                                                                              | 352 |

### III. COMMUNICATIONS DE THÉRAPEUTIQUE

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| P. COSSA, H. BOUGEAUT et M. PURCH. — Le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine ..... | 352 |
| J. TRILLOT. — A propos du traitement de certaines maladies mentales par les injections d'huile soufrée .....           | 352 |
| A. MUNIER. — De l'emploi de la diathermie dans certains troubles du système nerveux .....                              | 352 |

### IV. COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE, DE PROPHYLAXIE ET DE MÉDECINE LÉGALE

|                                                                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. PARISOT et P. MEIGNANT. — L'organisation de la section d'Hygiène mentale de l'Office départemental d'Hygiène sociale de Meurthe et Moselle ..... | 353 |
| M. MARESCAL et LAMARCHE. — L'assistance aux aliénés en Tunisie .....                                                                                | 353 |
| M. MUTEL et P. MICHON. — Taux d'incapacité des syndromes post-commotionnels crâniens .....                                                          | 353 |

### XVI<sup>e</sup> Réunion Neurologique Internationale (Congrès international de langue française)

8, 9 et 10 juillet 1937

#### RAPPORTS : LA DOULEUR EN NEUROLOGIE

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. BAUDOUIN et H. SCHAEFFER. — Physiologie et pathologie de la douleur .....             | 354 |
| G. RIDDOCH et M. CRITCHLEY. — La physiopathologie de la douleur d'origine centrale ..... | 357 |
| R. GARCIN. — La douleur dans les affections organiques du système nerveux central .....  | 358 |
| R. GARCIN. — La douleur dans les affections orga-                                        |     |

(Suite du sommaire page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS

### ET JEUNES GENS

### ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures

sauf jeudis et dimanches

25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)

Arrêt des autocars Citroën

27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,

pl. Denfert-Rochereau

Tél. Corbeil 226



# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

- Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

-- -- et d'un médecin assistant -- --



|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| niques du système nerveux central (partie anatomoclinique) .....                                           | 359 |
| AYALA. — Douleur sympathique et douleur viscérale .....                                                    | 361 |
| N. PÉRON. — La douleur vue par un psychiatre .....                                                         | 364 |
| O. CROUZON et H. DESOILLE. — Diagnostic de la réalité de la douleur. — Considérations médico-légales ..... | 365 |
| R. LERICHE. — Neurochirurgie de la douleur .....                                                           | 365 |
| J. HAGUENEAU et L. GALLY. — La roentgentherapie de la douleur .....                                        | 366 |

#### COMMUNICATIONS

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| K. WINTHER. — Les algies d'origine bulbaire .....                                                          | 368 |
| BRUNCHWEILER. — Quelques constatations expérimentales sur le phénomène de la sensibilité douloureuse ..... | 368 |
| DONAGGIO. — Le mécanisme d'action des substances anesthésiques sur les fibres nerveuses .....              | 368 |
| SALMON. — Le rôle de l'élément veineux dans les douleurs angio-spasmodiques .....                          | 368 |
| NYSSSEN. — Les réactions artério-tensionnelles dans la paralysie générale .....                            | 368 |
| BOISSEAU. — Les signes objectifs de la douleur de l'anesthésie hystérique et de l'anesthésie simulée ..... | 368 |
| PETIT-DUTAILLIS. — A propos de la chirurgie de la douleur .....                                            | 368 |
| BAGDOSAR. — La chordotomie. — Considération sur les voies de conduction de la douleur .....                | 368 |
| P. COURBON. — Membre-fontôme, émotion et douleur .....                                                     | 368 |
| P. COURBON. — La douleur physique chez les psychopathes .....                                              | 368 |

## Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale

Paris, 19-25 juillet 1937

#### SÉANCE INAUGURALE

Séances du lundi 19 juillet 1937

|                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. RÉPOND. — Les bases scientifiques de l'hygiène mentale .....                                    | 370 |
| RÜDIN. — Les conditions et le rôle de l'eugénique dans la prophylaxie des maladies mentales .....  | 370 |
| HOWARD C. TAYLOR. — Les lois de stérilisation eugénique et les résultats de leur application ..... | 372 |
| J.-M. SACRISTAN. — L'hygiène mentale de la sexualité .....                                         | 372 |
| J. HYNIE. — La sexualité et l'hygiène mentale .....                                                | 372 |

Séances du mardi 20 juillet 1937

#### PREMIÈRE SÉANCE

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| C. TUMIATI. — L'Hygiène mentale dans l'éducation familiale ..... | 373 |
| G. BOSH. — L'Hygiène mentale à l'Ecole et à l'Université .....   | 374 |
| G. VERMEYLEN. — La législation de l'enfance anormale .....       | 375 |

#### COMMUNICATIONS

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| T.-A. WILLIAMS. — Une raison de l'attitude antisociale de la jeunesse et sa prévention .....              | 375 |
| W. Mc. HARROWES. — L'hygiène mentale de l'adolescent .....                                                | 375 |
| Miss RUTH, E. FAIRBANK. — L'étude de l'hygiène mentale dans un arrondissement de l'Est de Baltimore ..... | 375 |
| T.-A. WILLIAMS. — L'enseignement de l'hygiène .....                                                       |     |

(Suite du sommaire, page X).

## Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
===== NUTRITION =====

## Dans le parc : Établissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

**Distractions** Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

**Tous les sports** Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| mentale par des exemples tirés de la littérature populaire .....                | 376 |
| E.-M. LIGON. — L'hygiène mentale dans le développement de la personnalité ..... | 376 |

Mardi 20 juillet 1937

DEUXIÈME SÉANCE

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| S. MYERS. — L'hygiène mentale du travail intellectuel .....              | 376 |
| J. M. LAHY. — L'hygiène mentale dans l'orientation professionnelle ..... | 377 |
| LÉVI-BIANCHINI. — Hygiène mentale et urbanisme .....                     | 377 |

COMMUNICATIONS

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| PLINIO OLINTO. — Psychologie et orientation professionnelle. Hygiène de l'attention. Aptitude de l'attention ..... | 379 |
| E.-M. LIGON. — L'hygiène mentale dans le développement de la personnalité .....                                    | 379 |

Séances du mercredi 21 juillet 1937

PREMIÈRE SÉANCE

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| KRETSCHMER. — Le rôle de l'hérédité et de la constitution dans l'étiologie des troubles de l'esprit ..... | 379 |
| L. MARCHAND. — La prophylaxie des maladies nerveuses et mentales d'origine toxi-infectieuse .....         | 380 |
| MIRA. — Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux .....                         | 381 |

COMMUNICATIONS

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| RUGGLES. — L'hygiène mentale et l'individu .....                                                            | 381 |
| Mme MINKOWSKA. — L'importance de la méthode généalogique pour les problèmes de la prophylaxie mentale ..... | 381 |

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| D <sup>rs</sup> Maurice et Suzanne LECONTE. — Du rôle de certains facteurs sociaux dans la genèse des troubles mentaux .....    | 382 |
| J. VIÉ. — A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie ..... | 382 |
| L.-S. SELLING. — Un nouveau syndrome mental : les parapsychoses .....                                                           | 382 |

Mercredi 21 juillet

2<sup>e</sup> SÉANCE

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| G. BONVICINI. — L'appétit pour les toxiques et la lutte contre les toxicomanies ..... | 382 |
| R. MILES. — La prophylaxie de l'alcoolisme .....                                      | 383 |
| K. HENDERSON. — La prophylaxie individuelle et sociale du suicide .....               | 383 |
| R. MIGNOT. — Alcoolisme mental : mesures législatives prophylactiques .....           | 384 |
| F. KERIM. — L'influence des publications sur les suicides en Turquie .....            | 384 |
| R. CAHEN. — Le problème de l'accoutumance expérimentale à la morphine .....           | 384 |
| MAZHAR-OSMAN-UZMAN. — Comment nous luttons contre l'épidémie d'héroïne .....          | 384 |
| T.-A. WILLIAMS. — Exemple de trois suicides évités par l'hygiène mentale .....        | 384 |

Jeudi 22 juillet 1937

PREMIÈRE SÉANCE

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ALEXANDER. — L'organisation d'un centre de prophylaxie mentale .....                            | 385 |
| J. SOBRAL-CID. — La formation du personnel auxiliaire des organisations d'hygiène mentale ..... | 385 |
| A. COURTOIS et R. ANGLADE. — La législation comparée de l'assistance psychiatrique .....        | 386 |

(Suite du sommaire, page XII).

# SANATORIUM BELLEVUE

## A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des  
**MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le D<sup>r</sup> L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle. Informations et prospectus par l'Administration.

**Médecin-directeur : D<sup>r</sup> L. BINSWANGER**

# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||||  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||||  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
-- -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- --  
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 30 par jour)

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

COMMUNICATIONS

- R. DUPOUY et H. PICHARD. — Le service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle, organisme de prophylaxie mentale ..... 386
- G. RITCH. — Les fonctions d'une clinique d'hygiène mentale dans une petite cité..... 386
- PREDA. — Le cadre de l'hygiène et de la prophylaxie mentales. Leur application en Roumanie ..... 386
- CLAUDE et P. RUBÉNOVITCH. — Projet d'une nouvelle forme d'assistance aux psychopathes entraînant une modification de la loi française du 30 juin 1838 ..... 387
- S. VIVES. — La réforme de l'assistance psychiatrique en Catalogne ..... 387
- A. MILLAN. — L'hygiène mentale et l'assistance publique de Mexico ..... 387
- L. IMBRIAGO. — Les services d'hygiène et de prophylaxie mentales au point de vue administratif ..... 387

Jeudi 22 juillet 1937

DEUXIÈME SÉANCE

- O. KINBERG. — La prophylaxie des délits et des crimes ..... 387
- VAN DER HEVEN. — Les anormaux devant la justice ..... 388
- L. VERVAECK. — La protection sociale et l'assistance aux anormaux délinquants et criminels ..... 388

COMMUNICATIONS

- R. DUPOUY, A. BELEY et G. DAUMÉZON. — Le ser-

vice des visites à domicile, organisme de prophylaxie et de défense sociale ..... 389

Séances du vendredi 23 juillet 1937

PREMIÈRE SÉANCE

- H. BOND. — Proposition d'une classification internationale des troubles mentaux (nomenclature) ..... 389
- BERSOT. — L'unification de la statistique psychiatrique internationale ..... 389
- DESRUÈLLES. — L'unification des statistiques générales dans les établissements d'assistance psychiatrique ..... 390

COMMUNICATIONS

- G.-J. RITCH. — La récréation, moyen thérapeutique chez les malades pré-schizophréniques ..... 390
- H.-M. POLLOCK. — Une classification internationale des troubles mentaux ..... 390

DEUXIÈME SÉANCE

SÉANCE DE CLÔTURE DU CONGRÈS

- A. WIMMER. — Exposé des recherches scientifiques les plus urgentes en vue de la prophylaxie des troubles mentaux ..... 391
- Exposé des moyens à recommander pour la propagande de l'hygiène mentale..... 391

COMMUNICATIONS

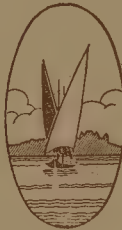
- R. DE SAUSSURE. — Quels sont nos critères de la norme ?
- S. RAMIREZ-MORENO. — Les efforts faits dans les deux dernières années par la République Mexicaine pour les progrès de l'hygiène mentale ..... 391

(Suite du sommaire page XIV).

CENTRE  
MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE  
POUR ENFANTS

“ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --



Traitement des troubles nerveux de l'enfance.  
Action pédagogique combinée au traitement  
médical. Individualisation de l'enseignement.  
-- -- Séjours d'observation. -- --  
Institut pathopsychologique spécialisé  
pour examens et expertises neurologi-  
-- -- ques et psychologiques. -- --  
Consultations tous les jours. D<sup>r</sup> Guillerey,  
Médecin Directeur, D<sup>r</sup> Duby, D<sup>r</sup> Calame.  
Médecin consultant : Professeur d'Université  
D<sup>r</sup> O. Læwenstein. -- -- -- --



# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> Cl. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

## Premier Congrès International de Psychiatrie Infantile

### SÉANCE INAUGURALE

WALLON. — Les bases neuro-physiologiques de  
la psychiatrie infantile ..... 393

Séances du lundi 25 juillet 1937

### Psychiatrie générale

#### I. RAPPORTS

Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile:

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| J. Dublineau .....                            | 393 |
| Gemelli .....                                 | 394 |
| Gesell .....                                  | 394 |
| Ibrahim .....                                 | 395 |
| Ischlondsky .....                             | 395 |
| Jonesco-Sisesti, Kreindler et Marinesco. .... | 395 |
| H. de Jong .....                              | 396 |
| Meignan .....                                 | 396 |
| Peiper .....                                  | 396 |
| Carlo de Sanctis .....                        | 397 |

#### II. COMMUNICATIONS

|                                                                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ch. BUHLER. — Tests diagnostiques dans le do-<br>maine du normal et du pathologique.....                                                                                          | 397 |
| J.-Louise DESPERT. — La schizophrénie chez les<br>enfants .....                                                                                                                   | 398 |
| W. HACKFIELD. — Les relations cycliques entre<br>les troubles psychonévrotiques des parents et<br>des enfants dans les générations successives.<br>Etude de pseudo-hérédité ..... | 398 |
| S. KRAUSS. — Changement de personnalité après<br>la chorée mineure .....                                                                                                          | 398 |
| M. REISS. — Sur l'énurésie chez l'enfant....                                                                                                                                      | 398 |

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| RIZZO et CACCHIONE. — Le réflexe moteur du genou<br>en psychiatrie infantile .....                                     | 398 |
| SCHNEERSOHN. — Quelques nouveaux modes de<br>traitement des névroses infantiles.....                                   | 398 |
| MAZHAR-OSMAN-UZMAN. — Encéphalite antiscarla-<br>tineux .....                                                          | 398 |
| MAZHAR-OSMAN-USMAN et ISHAN SCHÜHRÜ-ARSEL.<br>— L'enfant d'une paralysie générale....                                  | 398 |
| E. WEIGL. — Nouvelle contribution au problème<br>de l'énurésie .....                                                   | 399 |
| Mlle ABRAMSON. — Correspondance entre les types<br>de conduite et les réponses aux questions d'in-<br>telligence ..... | 399 |
| BAILLE. — Tests moteurs d'orientation profes-<br>sionnelle en psychiatrie infantile .....                              | 399 |
| G. ROBIN. — Neuro-psychiatrie infantile et neuro-<br>psychologie .....                                                 | 399 |
| HEUVER et KOPP. — Recherches sur le bégai-<br>ement .....                                                              | 399 |
| Mlle V. KOVARSEY. — Quelques troubles de l'in-<br>telligence et du caractère chez les gauchers ....                    | 400 |

Séances du mardi 27 juillet 1937

### Psychiatrie scolaire

#### I. RAPPORTS

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Les méthodes d'éducation selon les troubles de<br>l'intelligence et du caractère chez l'enfant : |     |
| Joseph A. Friedjung.....                                                                         | 400 |
| Rabovsky-Revesz .....                                                                            | 401 |
| Mme Jadot-Deeroly .....                                                                          | 401 |
| E. Miller .....                                                                                  | 401 |
| Ombradane .....                                                                                  | 401 |
| Frederick L. Patry .....                                                                         | 402 |
| A.-H. Ruggles .....                                                                              | 402 |
| A. Shabine .....                                                                                 | 402 |

(Suite du sommaire, page XVIII).

## Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme,  
des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées  
d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothé-  
rapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord  
du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : Dr O. Riggensbach  
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

# CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

## PARC

de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

Confort Moderne

## CHAMBRES

avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malariathérapie

MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
résident  
au Château

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations moder-  
nes et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D<sup>r</sup> H. BERSOT

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminéralisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —



|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Schrøder .....             | 402 |
| Tramer .....               | 403 |
| Benigno Di Tullio .....    | 403 |
| Mme Claire Vogy-Popp ..... | 403 |
| Male .....                 | 403 |
| A. Van Woorthuyssen .....  | 404 |

## II. COMMUNICATIONS

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| R. JACOBI. — L'assistance familiale aux enfants anormaux à Gheel .....                                          | 404 |
| Henriette HOFFER. — La démutisation des enfants déficients .....                                                | 405 |
| Weigl. — Succès et insuccès d'un traitement des enfants difficilement éducatibles .....                         | 405 |
| MINKOWSKI et POLNOW. — Le patronage médico-pédagogique moyen d'observation de l'enfance difficile .....         | 405 |
| E. STERN. — Quelques considérations sur les causes et les premières manifestations de la débilité mentale ..... | 405 |
| S. JACOBI. — L'assistance familiale aux enfants anormaux à Gheel .....                                          | 405 |
| MORGENSTERN. — L'importance du dessin pour l'étude psychanalytique de l'enfant .....                            | 405 |
| PRÉAUT. — Valeur de l'asymétrie faciale dans l'appréciation du caractère .....                                  | 405 |

Séances du mercredi 28 juillet 1937

## Psychiatrie juridique

### I. RAPPORTS

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile : |     |
| Corberie .....                                                         | 406 |
| C. Earl .....                                                          | 406 |
| V. Fontès .....                                                        | 407 |

|                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|
| Stefanescu Goanga .....                        | 407 |
| Fahreddin Kerim Gökay .....                    | 407 |
| Healy .....                                    | 407 |
| Alexander R. Luria .....                       | 408 |
| Macé de Lépinay .....                          | 408 |
| Postma .....                                   | 408 |
| Urechia .....                                  | 409 |
| Vermeylen .....                                | 409 |
| Vervaeck .....                                 | 409 |
| José Belbey .....                              | 410 |
| A.-C. Pacheco e Silva et Leonido Ribeiro ..... | 410 |
| G. Berman .....                                | 410 |

## II. COMMUNICATIONS

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| DIDE. — A propos de la débilité comme cause de délinquance infantile et juvénile .....                                           | 410 |
| J. ROUBINOVITCH. — Les statistiques de Fresnes et le problème de l'enfance délinquante .....                                     | 411 |
| FORTANIER. — La psychogenèse de l'enfant criminel .....                                                                          | 411 |
| BONNIS. — Niveau mental et déchéance de la puissance paternelle .....                                                            | 411 |
| PRADOS SUCH et J. SOLIN. — L'assistance à l'enfance anormale en Espagne pendant la guerre .....                                  | 411 |
| NORWIG. — Influence de la débilité sur le caractère et par cela même sur les facultés d'assimilation sociale de l'individu ..... | 411 |
| J. BELBEY. — Situation légale des débilés mentaux en Argentine .....                                                             | 411 |
| L. RIBEIRO. — Dépistage des anomalies chez les enfants au point de vue criminel au Brésil .....                                  | 412 |
| G. PREDA et S. CUPCEA. — Note sur la dispersion dans l'échelle d'intelligence Pintner-Pater-son .....                            | 412 |
| Mlle O. CHABAS. — L'assistante d'hygiène sco-                                                                                    |     |

(Suite du sommaire, page XX).

# CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoussés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

• • •

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie com. lète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR ●

III

# CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DHERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

●

III

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz. --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

Epilepsie

ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

laire et la consultation de psychiatrie infantile	412
TORBEN. — La vie pré-criminelle et le problème de la préservation	412

G. HEUYER et Mme S. HORINSON. — Les facteurs concomitants de la délinquance infantile et juvénile	412
---	-----

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Pathologie générale.

R. LERICHE. — La chirurgie de la douleur..	413
--	-----

Neuro-psychiatrie.

Mlle Y. GÉVAUDAN. — Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs	415
---	-----

L. ESPY. — Recherches sur le rôle de la vitamine A dans la valeur de la chronaxie motrice	415
---	-----

P. ALLIES. — Etude critique du syndrome de basophilisme hypophysaire de Cushing	415
---	-----

G. DEVÈZE. — Le syndrome sympathique cervical postérieur (de Barré-Liéou) Post-traumatique	416
--	-----

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	417
Légion d'Honneur	417

Hôpitaux psychiatriques :

Nécrologie	418
Légion d'Honneur	418
Médaille d'honneur de l'Assistance publique	418
Nominations	418
Postes vacants	418
Commémoration de la fondation de l'Hôpital Psychiatrique Henri-Rousselle	419

Concours pour un poste de pharmacien à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire	419
---	-----

Concours de l'Internat en Médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine	419
--	-----

Bourse de voyage de l'Association des Internes et anciens Internes des Hôpitaux psychiatriques de la Seine	420
--	-----

Réunion annuelle de la Société des neurologistes et psychiatres allemands	420
---	-----

Réunion de la Société Suisse de psychiatrie	420
---	-----

Université de Bucarest. Nécrologie	420
--	-----

INFORMATIONS

Croisière médicale en Grèce, sous les auspices de l'U.M.F.I.A. ou Union Médicale latine.... XXI

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -

LE BOUSCAT, près Bordeaux

- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES - ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :

Docteur Pierre CHARON

INFORMATIONS

CROISIÈRE MÉDICALE EN GRECE SOUS LES AUSPICES DE L'UMFIA OU UNION MÉDICALE LATINE

Sous le patronage de S. Exc. M. POLITIS, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Grèce à Paris, du 20 août au 3 septembre aura lieu une croisière en Grèce, qui sera sous la présidence d'honneur et la direction spirituelle de M. le docteur LAIGNEL-LAVASTINE, et la présidence des docteurs LEGRAIN, membre du Conseil supérieur de l'hygiène, et DARTIGUES, président-fondateur de l'Umfia.

(A suivre, page d'annonces XXII).

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

D^r Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.
D^r Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D^r Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

CROISIÈRE MÉDICALE EN GRECE SOUS LES AUSPICES DE L'UMFIA OU UNION MÉDICALE LATINE

(Suite)

Cette croisière se propose de faire visiter en particulier *Ithaque, Katakolo, Le Pirée, Athènes, Cos, Nauplie, Thassos, Skyros, Myconos, Delphes, Corfou*, etc. En hommage à Hippocrate, la croisière se rendra à l'île de Cos où est né Hippocrate. Ce voyage comprendra l'aller à Venise ; voyage en mer de Venise et retour à Venise, et ensuite Paris.

Les prix comprennent tous les frais de voyage du port d'embarquement (Venise) au port de débarquement (Venise) ; ils sont de 1.400 francs pour les étudiants, et ils s'échelonnent de 2.300 francs à 5.600 francs pour les cabines de luxe. Il sera accordé une réduction de 5 0/0 aux membres de l'Umfia.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

CLINIQUE PRIVÉE

D^r Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D^r Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasyphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D^r Th. BRUNNER

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Eréthisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D^r Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

CROISIERE MEDICALE EN GRECE SOUS LES AUSPICES DE L'UMFIA OU UNION MEDICALE LATINE

(Suite)

Le voyage aura lieu sur le bateau l'*Hellas*.

Les membres médicaux de la croisière seront reçus par le délégué général de l'Umfia à Athènes, le docteur Macridès, directeur du Service sanitaire de la ville d'Athènes, entouré de nombreuses personnalités grecques et de nombreux praticiens, entre autres les docteurs Théodoridès, de Loverdo, membres très actifs de l'Umfia en Grèce.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Dartigues, président de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris (16^e), ou au Voyage en Grèce, 4, rue de l'Echelle, Paris (1^{er}).



VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

SOMMAIRE DU N° 3 (tome II), OCTOBRE 1937

MÉMOIRES ORIGINAUX

P. JANET. — Les troubles de la personnalité sociale.....	421
B. DUJARDIN et G. VERMEYLEN. — Les troubles psychiques chez les paralytiques généraux sérologiquement guéris.....	469
H. HELWEG. — Les tendances actuelles de la psychiatrie dans les pays scandinaves.....	482

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 octobre 1937

Adoption du procès-verbal	493
Correspondance	493

Election de trois membres correspondants nationaux	494
X. ABÉLY. — Le sentiment de non création personnelle chez l'halluciné	495

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

Th. SIMON. — L'aliénation. Tyrannie affective	508
LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et H. MIGNOT. — Syndrome obsessionnel pur symptomatique d'une involution sénile..	512
H. BARUK et LEMEUNIER. — Etude comparative et différentielle des troubles de la mimique chez le catatonique et chez le	

Wilsonien	515
P. DOUSSINET et Mlle EL. JACOB. — Un traitement de grande activité dans la psychose périodique. Le sérum humain épivecteur	523
LAURENT et RONDEPIERRE. — Sept psychoses du type démence précoce traitées par l'insuline	534

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVI^e Réunion Neurologique

Internationale

8, 9 et 10 juillet 1937

J. DECHAUME. — La douleur dans les maladies organiques du système nerveux : nerfs périphériques	542
---	-----

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

✚
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
✚
Intoxica-
tions
✚
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR
M. le D^r MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. * ✂ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

- J. TITECA. — Physiologie des lobes frontaux 545
 L. HALPERN. — Du tableau symptomatique du syndrome du lobe préfrontal, en tenant compte spécialement des troubles de l'équilibre.. 545
 W.-R. RIESE. — F.-S. Gall et le problème des localisations cérébrales 546
 G. GIORGI. — Le système neuro-végétatif dans les syndromes mentaux et son importance dans le problème des rapports entre émotions et psycho-névroses 546
 A. ROMERO. — Réflexes à la douleur et excitabilité neuro-végétative 547
 H. BRUNSCHWEILER. — A propos de quelques acquisitions dans la connaissance des fonctions sensitives et de leurs troubles..... 547

- M. MINKOWSKI. — Sur des variétés particulières d'aphasie chez des polyglottes..... 548
 F. BALDI. — Le chant chez les aphasiques, les réflexes conditionnés et la rééducation du langage 548
 F. CARDONA. — De la pathogénie des crises oculogynes dans le parkinsonisme encéphalitique 548
 G. DE NIGRIS. — Des altérations de l'instinct sexuel dans les formes tardives de l'encéphalite épidémique 549
 B. SPAGNOLI. — Sur les formes dites « tardissimes » de l'encéphalite épidémique..... 549
 M. SCHACHTER. — Troubles somatopsychiques post-encéphalitiques prenant l'allure de syndromes épiphysaires 549
 M. FÉHU et A. BROCHIER. — Le problème obstétrical du mongolisme infantile..... 549
 G. ROBIN. — La neuro-psychiatrie et la neuro-psychologie infantiles. But et moyens..... 550

(Suite du sommaire, page VI).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
 Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
 POUR DAMES ET JEUNES FILLES

DE

L'HAY-LES
 -ROSES



INSTALLATION

DE

PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-

LES-ROSES

(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

- CURES DE DÉSINTOXICATION -

- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*

Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12

Mme H. KOPP. — Les troubles de la parole dans leurs rapports avec les troubles de la motricité	550
M. SCHACHTER. — Contribution à l'étude des troubles de la psycho-motricité chez l'enfant, tics et mauvaises habitudes.....	550
K. MUSTAFA. — Le syndrome de la jactation chez les enfants	550
D. BARGLOWSKI. — Vocation, instinct et structure corporelle	551
J.-P. BRAAT. — La psychologie expérimentale et les types constitutionnels de Kretschmer	551
L. JONASIU, C. LONGU, S. IOSIF et S. CUPCEA. — Contribution à l'étude expérimentale de la perception visuelle chez les aliénés.....	552
L. MARCHAND. — Les symptômes d'alarme de la fatigue nerveuse	552

Psychanalyse.

G. BYCHOWSKI. — L'essence et les possibilités thérapeutiques de la psychanalyse.....	552
E. HARMS. — Révision à l'aide d'une conception de psychologie structurale, de la notion de sexualité infantile	552

Psychologie.

Th.-F. BAUMGARTEN. — Un test pour l'examen des goûts des enfants et des adultes.....	553
A. RICCI. — Dynamisme de la parole écrite, parlée et pensée	553

Anatomie.

A. DE HAENE. — Recherches anatomo-expérimentales sur les connexions thalamo-corticales	553
C. BERLUCCHI. — Nouvelles recherches sur les cellules nerveuses du corps strié.....	554
A. REGIER. — Etude de deux cas d'absence du corps calleux dans le cerveau humain... ..	554
G. ILBERG. — Un fœtus microcéphale sans yeux, ni nez, avec importante aplasie du cerveau antérieur, du cervelet, de l'oreille interne et des glandes endocrines	555
F.-E. FINKELSTEIN. — Etude de deux cas d'anophtalmie congénitale, compte tenu en particulier des voies optiques centrales.....	555
A. JURA. — Localisation du faisceau de la macula dans les radiations optiques.....	556

(Suite du sommaire page VIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS
ET JEUNES GENS
ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS
Drs M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226

SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - - dans un parc fleuri de 2 hectares - - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --
-- D^r P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

G. BRUGI. — La terminaison réelle de la racine interne du tractus optique	556
F. VIZIOLI. — De l'atteinte des cellules radiculaires antérieures de la moelle dans les polynévrites	556
Ch. LADAME et F. MOREL. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la psychose hallucinatoire chronique	556

Biologie.

E. NIESSL VON MAYENDORF. — Nouvelles acquisitions des recherches dans le domaine de la théorie du neurone	557
E. TOULOUSE. — L'Humanisme et la Biologie	557
H. MARCUS et E. SAHLGREN. — Recherches concernant l'influence de la suggestion hypnotique sur les fonctions végétatives	557
U. POPPI. — Sur la catatonie coli-bacillaire. Recherches expérimentales	558
A. STIEF et L. IOKAY. — Nouvelles recherches expérimentales sur l'action cérébrale de l'insuline	558
P. TOMESCO, I. COSMULESCO et Mlle F. SERBAN. —	

La chloruro-cristallisation dans les maladies mentales non syphilitiques	558
P. TOMESCO, I. COSMULESCO et Mlle F. SERBAN. — La chloruro-cristallisation dans la paralysie générale. Les aspects pathologiques de cette propriété du liquide céphalo-rachidien	559
P. TOMESCO, I. COSMULESCO et Mlle F. SERBAN. — Une propriété inconnue du liquide céphalo-rachidien : la chloruro-cristallisation. Ses aspects normaux	559
P. TOMESCO et Alf. DIMOLESCO. — Recherches sur l'alcoolisation expérimentale. Concentration en alcool du sang et du liquide céphalo-rachidien	559
P. COPPOLA. — La réaction de Taccone et la réaction de Gorriz-Martinez dans le liquide céphalo-rachidien	560
I. IANSEN. — Mes constatations au sujet d'une nouvelle réaction du liquide céphalo-rachidien, à l'aide de l'acide sulfurique indiquée par Reiffert	560
N.-J. NISSEN. — Recherches concernant l'influence de la ponction lombaire sur la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien	560

(Suite du sommaire, page X).

NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*

Le

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
==== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie. =====

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits. =====

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre. =====

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux
familles. =====

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre. =====

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses. =====

Distractions

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants. =====

Tous les sports

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite. =====

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

O. LANGE. — Sur les cellules éosinophiles du liquide céphalo-rachidien	560
A. ESTRADA. — A propos de l'intégrité cellulaire dans les liquides rachidiens des méningites	561
M. DALKE. — Démence précoce et tuberculose	561
F. PLANT et M. BÜLOW. — Des différences de teneur en vitamines C des diverses portions du système nerveux	561
I. SCHÜRRÜ. — Recherches expérimentales sur la question de la sclérose en plaques	562
L. BINET et J. PARROT. — La crise gastrique du tabès, crise hypochlorémiant	562
H. WAREMBOURG et J. DRIESSENS. — Hyperpolyptidémie au cours du tétanos	562
A. LEISCHNER. — Sur la répartition des groupes sanguins dans les maladies mentales ...	562
H.-C. BEECLE. — Quelques recherches récentes sur l'hématologie dans les psychoses.....	562
J. TRACZYNSKI. — Des changements hématologiques chez les schizophrènes traités par l'insuline	563
SCHULZE-BÜNTE. — De l'influence de l'adrénaline sur la glycémie des schizophrènes.....	563

SALVATOR DI MAURO. — La courbe glycémique dans l'épilepsie	563
H. KUHN. — Hypoglycémie spontanée cause d'une maladie convulsive	563
V.-P. BESOUGLOV, J.-M. PAVLONSKY, T.-F. FESSENKO, V.-V. TCHERNIKOF et V.-V. ERMICH. — La régulation de la composition du sang par les centres végétatifs	564
L.-V. LITVAK, T.-F. FESSENKO et V.-V. TCHERNIKOF. — Le dynamisme du chimisme du liquide céphalo-rachidien et la régulation centrale végétative	564

Thérapeutique.

M. MONNIER. — Le traitement des schizophrénies par narcose prolongée	565
A. VON BRAUNMUEHL. — Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire	565
ZOLTAN V. PAP. — Constatation avec la méthode de traitement par les chocs insulinaires chez les schizophrènes	566
R. BOULIN. — Traitement du coma diabétique	566
A. RAVINA. — La « cure bulgare » des troubles post-encéphalitiques	566

(Suite du sommaire, page XII).

CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES
ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --

-- -- Docteur CALAME -- --

-- -- Médecin consultant : -- --

Professeur d'Université D^r O. Lœwenstein.

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares |||



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

		-- -- Divers ateliers très bien aménagés -- --		
		Etudes et leçons particulières dans l'établissement		
		-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --		
		-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --		

Quatre médecins assurent les traitements.

Nombreux infirmiers et infirmières spécialisés à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie, à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie, à partir de fr. suisses 35 par jour.

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique :
Rivaprangins, Nyon

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442
||| { Service Médical : Nyon 95.441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin-chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

J.-A. CHAVANY. — Le traitement des dystrophies musculaires progressives et plus spécialement des myopathies	567
V. DEMOLE. — Fatigue printanière, psychonévrose et précaréence en Vitamine C.....	567
E. SCHNEIDER. — Le traitement de la myasthénie par la prostigmine	567
E. HERMAN. — Syndrome de compression de la queue de cheval dans un cas de lipomatose symétrique. Guérison à la suite de l'injection sous-occipitale de lipiodol.....	567

Médecine légale.

L. KORZENIOWSKI. — De la difficulté de l'application de la notion de « responsabilité atténuée »	568
R. CIAFARDO. — L'émotion en psychopathologie médico-légale	568
W. RIESE. — Le crime impulsif interprété par les réflexes conditionnés	568
R. PERSCH. — Personnalités épileptoïdes et pyromanie	569
L. DEUTSCH. — La question de la kleptomanie	569

A. TEIXEIRA, LIMA et F. GUERNER. — Attentat à la pudeur. Manifestations encéphalitiques résiduelles. Déficience mentale. Schizoïdie. Conclusions médico-légales	569
L.-A. WEATHERLY. — Episodes ayant donné lieu à discussion dans une longue carrière d'aliéniste	569
Z. WECHOLER. — Enquête sur des délinquants anciens expertisés	570
L. BELYM. — L'état actuel du système pénitentiaire en Europe	571
L.-H. SNYDER. — Etat actuel des applications médico-légales des groupes sanguins.....	571
O. LOUDET. — Séquelles psychiques des traumatismes craniocéphaliques et problèmes médico-légaux connexes	571
A. GORDON. — Affections nerveuses organiques tardives à la suite des traumatismes et le problème médico-légal de l'incapacité.....	572
Fr. THOMAS. — Considérations anatomo-cliniques sur l'hémorragie sous-arachnoïdale d'origine anévrysmale. Leur intérêt en médecine légale	572
E.-A. BENNETT. — Nullité de mariage et impuissance sexuelle	573

(Suite du sommaire page XIV).

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

**Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le D^r L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : D^r L. BINSWANGER

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances 574

Hôpitaux psychiatriques :

Nécrologie 574

Médaille d'honneur de l'Assistance publique 574

Nominations 574

Postes vacants 575

Chirurgien des hôpitaux psychiatriques de la Seine 575

Concours de l'Internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine 575

Concours pour un poste de médecin-chef du Service de psychiatrie de l'hôpital civil d'Oran 576

Hygiène et assistance :

Circulaire de M. le Ministre de la Santé Publique prescrivant la réorganisation de l'Assistance psychiatrique départementale.. 577

Réunions et Congrès :

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française 580

Centre Universitaire Méditerranéen..... 580

Université de Paris :

Rectorat 580

Faculté de Médecine 580

Université de Copenhague :

Faculté de Médecine 580

INFORMATIONS

Congrès International d'Ophthalmologie (Le Caire, 8-15 déc. 1937) XVIII

Vacances de Noël sur la Côte d'Azur XXII

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO - MÉDICO - PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminalisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou
Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgtrs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Cgtrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

GARDÉNAL

PHÉNYL-ÉTHYL-MALONYLURÉE

*Comprimés à 0gr01, 0gr05, 0gr10
Ampoules à 0gr20 et 0gr04*

ÉPILEPSIE • CHORÉE
SYNDROMES ÉPILEPTOÏDES
EXCITATION PSYCHOMOTRICE
INSTABILITÉ PSYCHIQUE
INSOMNIES DOULOUREUSES
SURMENAGE INTELLECTUEL
DÉLIRIUM • ÉTATS ANXIEUX
SPASMALGIES • HYPERTENSION
ANGOR • ASTHME • COQUELUCHE
DYSMÉNORRÉE • MIGRAINE
VOMISSEMENTS • MAL DE MER

En cas d'intolérance ou de résistance au gardénal

RUTONAL

PHÉNYL-MÉTHYL-MALONYLURÉE

Comprimés à 0gr20 et 0gr05

ODETTE
ZÉAU

SPECIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • (8^{ème})



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris

Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —

INFORMATIONS

CONGRES INTERNATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

Le Caire : 8 au 15 décembre 1937

Il a été signalé antérieurement qu'à l'occasion du Congrès International d'Ophtalmologie, qui se tiendra au Caire du 8 au 15 décembre 1937, différents voyages en Orient seront organisés, au départ de Marseille, le 3 décembre 1937. Le prix de ces voyages vient d'être sensiblement réduit.

I. — Le premier voyage comportera la traversée maritime en première classe Marseille-Alexandrie à bord du paquebot de luxe *Mariette Pacha* (15.000 tonnes), de la Compagnie des Messageries Maritimes, le lunch et diner du 7 décembre, — jour de l'arrivée à Alexandrie, — les parcours en chemins de fer première classe Alexandrie-Le Caire et retour, les transferts des gares aux hôtels et vice-versa, le séjour dans un hôtel de premier ordre pendant la durée du Congrès (chambre et petit déjeuner seulement), les repas des 16 et 17 décembre et le retour en première classe par le même

(A suivre, page d'annonces XX).

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi
—
Confort Moderne
—
CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Maliariathérapie

—
**MÉDECINS
SPÉCIALISTES**
résidant
au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement
neuro-psychiatrique

Installations moder-
nes et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **D^r H. BERSOT**

CONGRES INTERNATIONAL D'OPHTALMOLOGIE

Le Caire : 8 au 15 décembre 1937

(Suite)

paquebot, départ d'Alexandrie le 17 décembre, arrivée à Marseille le 21 décembre. Prix forfaitaire : belgas, 1.595 (au lieu de 1.620).

II. — Le second voyage comportera les services indiqués ci-dessus jusqu'au 16 décembre, plus ensuite, la visite de la Haute-Egypte (Louqsor, Vallée des Rois, Assouan, tous frais compris avec wagons-lits), le retour s'effectuant par *Champollion*, arrivant à Marseille le 28 décembre. Prix forfaitaire : belgas, 2.300 (au lieu de 2.350).

III. — Le troisième voyage sera le même que le voyage n° 2 avec en plus la visite de la Palestine et la Syrie et le retour à Marseille le 4 janvier 1938. Prix forfaitaire : belgas, 3.300 (au lieu de 3.400).

IV. — Enfin, le quatrième voyage sera identique au précédent avec toutefois une visite plus complète de la Syrie (Homs, Hama, Antioche, Lattaquié, etc.) et le retour à Marseille par la Méditerranée-Nord (Rhodes, Smyrne, Istanbul, Le Pirée, Athènes, Naples). Prix forfaitaire : belgas, 3.850 (au lieu de 3.975).

Le programme détaillé de ces différents voyages sera envoyé gratuitement sur demande adressée au *Bureau des croisières et voyages médicaux*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles (adresse télégraphique : Belgrānav, Bruxelles).

(A suivre, page d'annonces XXII).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel • PARIS (12^e)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
D^r Marcel DHERS

◆
Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
**Affections nerveuses**  
**Intoxications**  
**Convalescences**  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
*Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie*

## CLINIQUE PRIVÉE

D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

### KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D<sup>r</sup> Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

### CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

**Prix de pension à partir des frs. s. 15**  
*(traitement médical y compris)*

**2 médecins.**

**Médecin en chef : D<sup>r</sup> Th. BRUNNER**

## VACANCES DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

Le XV<sup>e</sup> Voyage Médical International de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la *Société Médicale du Littoral Méditerranéen*, aura lieu du 26 décembre 1937 au 3 janvier 1938. La concentration se fera à Saint-Raphaël, dans la matinée du 26 décembre. L'après-midi sera consacrée à la visite de cette Station, du Collège Climatique et du Préventorium de Boulouris, ainsi que des Monuments Romains de Fréjus (Forum Julii). Le soir, les voyageurs seront reçus au Casino par la Municipalité. — Le lendemain, 27, on parcourra l'Estérel et la Corniche d'Or, en traversant Agay, Anthéor et Théoule. On s'arrêtera à l'Ecole de plein air de Mandelieu et l'on arrivera à Cannes à la fin de la matinée. Après la visite de la Station, on se rendra à la Clinique Santa-Maria et au Solarium tournant de l'Institut d'Actinologie de Vallauris. A la fin de la journée, les voyageurs seront reçus à l'Hôtel-de-Ville de Cannes et passeront leur soirée au Casino.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

### Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

**Médecin-Directeur : D<sup>r</sup> O. Riggenbach**  
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

# LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

### Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.  
Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

## MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*



## VACANCES DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

La matinée du mardi 28 sera consacrée au Cannet et à Juan-les-Pins, où l'on visitera le Poste d'émissions radiophoniques, *Radio-Méditerranée*. Dans l'après-midi, on verra la Ville grecque d'Antipolis (Antibes) et l'on admirera, du haut du Phare, le magnifique panorama des Alpes avec leurs glaciers. On reviendra à Cannes par le Golfe-Juan.

Le 29, on visitera Grasse, Centre Climatique de la Zone intérieure, avec ses Fabriques de Parfums ; — Vence et ses Sanatoria ; — Cannes, la Cité des Peintres et des Poètes, et l'on arrivera à Nice.

Le 30 décembre, les voyageurs verront l'Observatoire de Nice, le Monument d'Auguste à la Turbie, le Château Médiéval de Roquebrune et la Voie Romaine (Grande-Corniche), de Nice à Menton ; ils visiteront cette gracieuse et antique Station Climatique (Lumone), avec le

(A suivre, page d'annonces XXVI).

### CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.



Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX** : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
**Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis**

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

# TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE DES SYNDROMES SYMPATHIQUES et PARASYMPATHIQUES

ANGOISSE \_ ANXIÉTÉ \_ INSOMNIE NERVEUSE  
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR  
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

## La Passiflorine RÉAUBOURG

uniquement composée d'Extraits végétaux  
ATOXIQUES



Passiflora  
incarnata  
Salix alba  
Crataegus  
oxyacantha

## VACANCES DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

Cap Martin, le Château de Grimaldi et le Laboratoire du Docteur Voronoff.

Ils seront, les jours suivants, les hôtes de la Principauté de Monaco ; ils admireront le Musée Océanographique, unique dans le monde ; les Jardins exotiques et le Palais des Princes. Ils verront Monte-Carlo et son Casino, Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade fréquentée par les plus beaux paquebots, le Mont-Boron avec le merveilleux panorama de la Baie des Anges. Ils seront de retour à Nice dans l'après-midi du 1<sup>er</sup> janvier 1938.

Après ces radieuses journées au pays du soleil et des fleurs, les voyageurs seront transportés, dans la journée du dimanche 2 janvier, en trois heures d'auto-car, aux champs de neige et de sport d'hiver de Beuil et de Valberg, par les Gorges de rochers rouges de Cians et

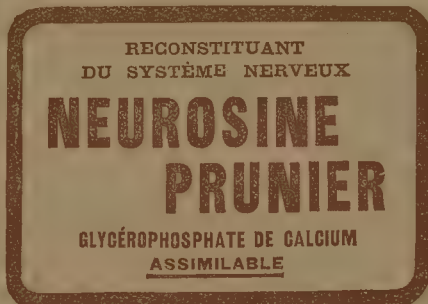
(A suivre, page d'annonces XXVIII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

# COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.



# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

**BOUTEILLE**

(Crataegus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Eréthisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

---

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

---

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

## VACANCES DE NOEL SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

de Daluis. Ils reviendront à Nice le même jour. Une excursion en Corse sera préparée pour les jours suivants.

Les parcours seront effectués dans de très beaux auto-cars Pullman et les séjours seront assurés avec le large confort qui est traditionnel à la *Société Médicale du Littoral Méditerranéen*. — Les visites et les promenades seront accompagnées de démonstrations scientifiques et de causeries historiques. — Des permis de parcours en chemins de fer, à tarif réduit, valables pendant un mois, seront mis à la disposition des adhérents, avec arrêts autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles, Marseille, Toulouse, Montpellier et Bordeaux. — Les Membres de la famille des Médecins, ainsi que les Etudiants en Médecine sont admis. — *L'Office Climatique de la Société Médicale* donne, dès à présent, les renseignements complémentaires, indique les conditions du voyage et reçoit les inscriptions, 24, rue Verdi, à Nice.



### VILLA LUNIER à BLOIS

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.000 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
**Téléphone : 2-82.**

**Médecin en Chef-Directeur : D<sup>r</sup> OLIVIER**

**Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ**



# SOMMAIRE DU N° 4 (tome II), NOVEMBRE 1937

## MÉMOIRES ORIGINAUX

- P. NAYRAC et G. FOURNIER. — Recherches sur la surface de l'écorce cérébrale. 581  
J. ABRAMSON. — Les aptitudes intellectuelles spéciales chez les instables..... 603

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 18 novembre 1937

M. BRISSOT et J. MAILLEFER. — Evolution d'une catatonie pure chez une jeune malade de 17 ans ..... 632

P. COURBON et M. LECONTE. — Psychose réactionnelle à forme de délire de compensation chez un israélite allemand exilé. 636

L. MARCHAND et G. DEMAY. — Psychose pré-

(Suite du sommaire, page II).

### MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD

Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition



Psycho-  
névroses  
Intoxica-  
tions  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

sénile et artériosclérose cérébrale à forme  
mentale ..... 646

*Séance du 22 novembre 1937*

Adoption du procès-verbal ..... 652

Correspondance ..... 652

Election d'un membre titulaire hono-  
raire ..... 652

Election de 4 membres correspondants na-  
tionaux ..... 653

Election de 2 membres associés étran-  
gers ..... 653

Déclaration de vacance d'une place de mem-  
bre titulaire non résidant ..... 653

P. VERSTRAETEN. — La thérapeutique convul-  
sivante de la psychose maniaco-dépres-  
sive ..... 654

H. BERSOT. — A propos du mode d'action de

l'insuline et du cardiazol dans la théra-  
peutique de la schizophrénie ..... 659

A. POROT. — Psychose addisonnienne. Essai  
de traitement chloruré ..... 665

POROT et BARDENAT. — Psycho-encéphalite à  
poussées successives, caractérisée par des  
accidents convulsifs, suivis de bouffées  
délirantes ..... 669

POROT, BARDENAT et SUTTER. — Paralysie gé-  
nérale chez la mère et la fille. Précession  
de la maladie chez l'enfant ..... 674

LEDoux, DESRUELLES et GOMET. — Confusion  
mentale après une injection de sérum  
antitétanique. Accident du travail. Inva-  
lidité ..... 678

A. REPOND. — Un cas de psychose de Kors-  
koff avec ulcère perforant et pleurésie à  
la suite d'une intoxication par l'hé-  
roïne ..... 684

*(Suite du sommaire page IV).*

# CHATEAU

**DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD**

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

**DE**

# L'HAY-LES-ROSES



INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE

*Notice sur demande*

2, rue Dispan

**L'HAY-  
LES-ROSES**  
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5



**AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -**

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes

FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \* ✂ D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

H. ROGER et J. ALLIEZ. — Débilité mentale et paralysie générale infanto-juvénile. A propos d'un cas de paralysie générale juvénile à début épileptique chez un hérédo-syphilitique ..... 687

H. ROGER, J. PAILLAS et P. LAVAL. — Polio-encéphalite de Wernicke avec délire hallucinatoire d'origine éthylique. Guérison des troubles bulbo-protubérantiels ..... 694

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

*Séance du 4 novembre 1937*

J. LHERMITTE et H. ESCHBACH. — Syndrome d'Adie et migraines ..... 697

J. LHERMITE et H. ESCHBACH. — Syndrome d'Adie chez une malade atteinte de maladie de Basedow et de syndrome parkinsonien ..... 697

J. LHERMITTE, DOUSSINET et AJURIAGUERRA. — Une observation de la forme korsakowienne des tumeurs du 3<sup>e</sup> ventricule ..... 698

LARUELLE et MASSON. — La prostigmine dans la myasthénie ; la quinine dans la myotonie atrophique ..... 698

ANDRÉ-THOMAS. — Erection réflexe dans un cas d'hémiplégie infantile ..... 698

LHERMITTE et BERTRAND. — La terminaison de la fibre névroglique dans l'écorce cérébrale, dans la glande pinéale, dans le bulbe olfactif ..... 699

Th. DE MARTELL et GUILLAUME. — Un cas d'endymite staphylococcique ..... 699

H. ROGER et J. PAILLAS. — Le signe du menton-

*(Suite du sommaire, page VI).*

# MAISON DE SANTÉ

:-: D'IVRY-SUR-SEINE :-:

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12



nier (Paresthésie et anesthésie unilatérales),  
révéléateur d'un processus néoplasique métas-  
tastique ..... 699

P. PUECH et Ed. KREBS. — Œdème cérébral trau-  
matique diffus. Intervention, guérison. Des  
rapports de l'œdème cérébral et de la ménin-  
gite séreuse traumatique ..... 699

### Société de Médecine mentale de Belgique

*Séance du 23 octobre 1937*

R. NYSSSEN, R. BUSSCHAERT et L. ALAERT. — La  
réaction artériotensionnelle à la douleur dans la  
paralysie générale ..... 700

P. VERSTRAETEN. — Sur les indications de la  
thérapeutique convulsivante ..... 700

E. DE SMED. — Confusion schizoïde à base hyper-  
surrénalémique ..... 700

A. LEROY. — A propos d'épilepsie et de para-  
lysie générale ..... 701

### Société belge de Neurologie

*Séance du 23 octobre 1937*

PERCIVAL BAILEY. — Du rôle des cellules de  
Schwann dans la formation des tumeurs des  
nerfs périphériques ..... 701

MAERE et MUYLLE. — Syndrome ataxique pro-  
gressif avec oligophrénie chez deux jeunes israé-  
lites polonais (présentation des malades) 702

P. MARTIN. — Calcification de la faux du cer-  
veau ..... 702

J. MAGE. — Tumeur parvicellulaire se propageant  
dans les espaces de Virchow-Robin ..... 702

LARUELLE et MASSION. — Remarques à propos du  
syndrome polyradiculonévritique de Guillain  
et Barré ..... 703

MARCHAL et DESENFANS. — Essai thérapeutique  
dans un cas de rétention d'urine par lésion  
de la moelle sacrée ..... 703

(Suite du sommaire page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle  
vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude  
et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, instal-  
lation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture.  
Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)

Arrêt des autocars Citroën

27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,

pl. Denfert-Rochereau

Tél. Corbeil 226

# SAINT-REMY

## CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

**LE VÉSINET (S.-et-O.).**



-- -- **TRAITEMENT** -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galleries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

**NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS**

-- -- **MÉDECIN-DIRECTEUR** -- --  
**-- D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY --**

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Endocrinologie.

- P. SAINTON, H. SIMONNET et L. BROUHA. — Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale ..... 704

#### Histoire de la psychiatrie.

- A. DEUSTCH. — Le malade mental en Amérique ..... 705

#### Psychiatrie.

- ROCHA. — Psychiatrie et Hygiène mentale.. 707

- J. FORTINEAU. — Les paralytiques généraux en rémission (étude médico-sociale et médico-légale) ..... 707

- J.-C. CAVALCANTI BORGES. — Investigations psychologiques sur l'état mental des épileptiques ..... 708

- G. AJZINMAN. — L'épilepsie psychique toxique 708

- P. MAS. — Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuses. — Essai sur les formes mentales de la tuberculose ..... 709

#### Psycho-physiologie.

- L. CORMAN. — Quinze leçons de morpho-psychologie ..... 710

(Suite du sommaire, page X).

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie. =====

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits. =====

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre. =====

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles. =====

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre. =====

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses. =====

## Distractions

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants. =====

## Tous les sports

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite. =====

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| B. STOKVIS. — Hypnose, psychisme et pression sanguine ..... | 711 |
| H. CALLEWAERT. — Physiologie de l'écriture curative .....   | 712 |

### Psychanalyse.

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| S. NACHT. — Pathologie de la vie amoureuse. Essai psychanalytique ..... | 713 |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|

### Hygiène et prophylaxie.

|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| R. BIOT, J. CHARRAT, G. COTTE, A. DUFOUT, H.-M. FAY, L. JULIEN, J. LACROIX, J. MONCHANIN, G. MOURIQUAND, M. PÉHU, N. PENDE. — Médecine et adolescence ..... | 713 |
| P. LEJEUNE. — L'intoxication professionnelle par le manganèse .....                                                                                         | 714 |

### Assistance.

|                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Th. SIMON. — L'aliéné, l'asile, l'infirmier..                                                                 | 715 |
| F. ADAM. — Les devoirs de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques .....                                       | 715 |
| W. MORGENTHAUER. — Problèmes psychologiques à l'usage des infirmières d'hygiène maternelle et infantile ..... | 716 |
| L. VIDART. — Les tendances actuelles de l'assistance psychiatrique en France et à l'étranger .....            | 716 |

### Thérapeutique.

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. RAVINA. — L'année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux. Onzième année, 1936 | 717 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### Médecine légale.

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| G. LUTHY. — La valeur de la castration en droit criminel ..... | 717 |
|----------------------------------------------------------------|-----|

(Suite du sommaire, page XII).

# SANATORIUM BELLEVUE

## A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

**Spécialement organisé pour le traitement des  
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

**TRAITEMENT :** Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

**Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER**



# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

## ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion  
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malarothérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X —  
Cabinet dentaire

-- -- Divers ateliers très bien aménagés -- --  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --  
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins assurent les traitements.

Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique :

Rivaprangins, Nyon

Téléphones

{ Service Médical : Nyon 95.441  
Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : Dr O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

## JOURNAUX ET REVUES

### Neuro-psychiatrie.

- A. SOUQUES. — D'Hérophile à Galien ..... 718
- M. MINKOWSKI. — Les conditions contemporaines culturelles et sociales et les névroses..... 718
- H. SCHAEFFER. — Les réflexes conditionnels chez l'homme ..... 719
- J. LHERMITTE. — L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques ..... 719
- A. SALMON. — Le rôle des Noyaux diencéphaliques dans la vie végétative et la vie psychique ..... 719
- P. HARTENBERG. — Le réflexe épileptique... 720
- P. HARTENBERG. — Les causes du réflexe épileptique ..... 720
- A. SICCO. — Névrose d'angoisse par varicelle ..... 720
- L. STERLING. — Une épidémie d'hystérie religieuse infantile ..... 720
- N.-V. SAMOUCHIN. — Contribution à l'étude de la pathologie des tumeurs cérébrales ..... 721
- Th. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. Technique. Résultats. Indications ..... 721
- J.-E. PAILLAS. — La ventriculographie (à propos de 45 cas) ..... 721
- Ch. MIKULSKI. — A propos de l'étude sur les gauchers frustes ..... 722
- L. MINSKI. — Polynévrites non alcooliques associées au syndrome de Korsakoff ..... 722
- M. FAURE-BEAULIEU. — Aphasie de Wernicke par intoxication oxy-carbonée massive ..... 722

(Suite du sommaire page XIV).

## CENTRE MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS

# “ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --



Traitement des troubles nerveux de l'enfance.  
Action pédagogique combinée au traitement médical. Individualisation de l'enseignement.  
-- -- Séjours d'observation. -- --  
**Institut pathopsychologique spécialisé pour examens et expertises neurologiques et psychologiques.** -- --  
Consultations tous les jours : D<sup>r</sup> Calame.  
Médecin consultant : Professeur d'Université  
D<sup>r</sup> O. Löwenstein. -- -- -- --

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

## VARIÉTÉS

|                                |     |                        |     |
|--------------------------------|-----|------------------------|-----|
| Société Médico-Psychologique : |     | Légion d'honneur ..... | 723 |
| Séances .....                  | 723 | Nécrologie .....       | 724 |

## INFORMATIONS

|                                                                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Congrès international de sciences anthropologiques et ethnologiques. (Deuxième session, Copenhague, 1938) ..... | XVIII |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|

### Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : Dr O. Riggensbach  
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminéralisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Caodylate de Génostrychine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE



# PARALYSIE GÉNÉRALE

CHIMIOTHÉRAPIE

## STOVARSOL SODIQUE

4 oxy 3-Acétylamino - phényl  
1 Arsinate de sodium

AMPOULES dosées  
à 0,gr.50 et 1gr.

INJECTIONS  
Sous-Cutanées ou  
Intramusculaires

PYRÉTHÉRAPIE

## DMELCOS

émulsion stabilisée  
de bacilles de Ducrey

AGENT PYRÉTOGÈNE  
RÉGLABLE À VOLONTÉ

AMPOULES  
de 1/2 cc. à 3 cc.

INJECTIONS  
Intraveineuses

\*studialex\*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHÔNE"  
SPECIAL 21 rue Jean Goujon — Paris —



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

—  
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

# INFORMATIONS

## CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(Deuxième Session, Copenhague 1938)

*Sous le Haut Patronage  
de S. M. le Roi de Danemark et d'Islande*

Thomas THOMSEN,  
Président du Congrès.

Kjeld RORDAM,  
Trésorier du Congrès.

Kaj BIRKET-SMITH,

Alan H. BRODRICK,

John L. MYRES,

Secrétaires généraux du Congrès.

La deuxième réunion du Congrès International des Sciences Anthropologiques et Ethnologiques, placée sous le Haut Patronage de S. M. le Roi de Danemark et d'Islande, se tiendra à Copenhague, du 1<sup>er</sup> au 6 août 1938. Au

(A suivre, page d'annonces XIX).

# CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

**Confort Moderne**

**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malaria-thérapie

**MÉDECINS  
SPÉCIALISTES**  
résident  
au Château

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

CONGRES INTERNATIONAL  
DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES  
ET ETHNOLOGIQUES

(suite)

Congrès seront présentées toutes les recherches qui se rapportent aux races, aux peuples et à leurs genres de vie, c'est-à-dire ce qui concerne l'étude scientifique de l'homme.

Après vingt années de travaux préparatoires, le Congrès a été fondé lors de la Conférence de Bâle, en 1933. A sa première session, qui eut lieu à Londres en 1934, assistèrent près de mille représentants d'un grand nombre de pays. A ce Congrès de Londres, il fut résolu que la prochaine session aurait lieu à Copenhague, en 1938. Cette ville possède la plus ancienne et la plus grande Université du Danemark, elle possède aussi un musée ethnographique qui est le plus ancien du monde — fondé en 1846 — et qui, avec les collections préhistoriques et historiques danoises, les collections paysannes danoises et les collections d'antiquités classiques, de monnaies et de médailles, constitue le *Musée National*. Après avoir été fermé durant plusieurs

(A suivre, page d'annonces XX).

**Epilepsie**  
**ALEPSAL**

**simple, sûr, sans danger**

Échantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

# CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(suite)

années en raison de travaux d'agrandissement considérables, le musée ne sera réouvert définitivement au public qu'immédiatement avant la session du Congrès afin qu'à cette occasion il soit présenté pour la première fois dans son nouvel ensemble à un cercle scientifique international.

Il est proposé de diviser les travaux du Congrès en sections de la façon suivante :

## A. ANTHROPOLOGIE PHYSIQUE

a) *Anthropologie anatomique et biotypologie* : Président : le professeur H. M. HOU-JENSEN.

Sujets de discussion proposés : Relations mutuelles de parenté des hominides fossiles ; la méthodologie ; la conception de la « race » en anthropologie.

(A suivre, page d'annonces XXI).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements  
de Repos ~~~~  
de Régimes ~~~~

Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie



# CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(suite)

B) *Anthropologie physiologique et hérédité* : Président : le professeur Oluf THOMSEN.

Sujet de discussion proposé : Propagation géographique des types de sang chez l'homme et leur présence dans le règne animal.

## B. PSYCHOLOGIE

Président : le professeur Edgar RUBIN.

Sujet de discussion proposé : Influence des facteurs de civilisation sur le caractère ; discussion commune de Sections B et F sur les changements culturels.

## C. DÉMOGRAPHIE

Président : le docteur MADS IVERSEN.

Sujet de discussion proposé : Les mouvements de la population envisagée spécialement au point de vue de la natalité et de la mortalité.

(A suivre, page d'annonces XXII).

## Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

### Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

## MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue

Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél.

Franklin 07-28.

CONGRÈS INTERNATIONAL  
DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES  
ET ETHNOLOGIQUES

(suite)

D. ETHNOLOGIE

*Président* : le professeur GUDMUND HATT.

Sujet de discussion proposé : Origine et développement de l'agriculture et de l'élevage de bétail. Origine des plantes cultivées et des animaux domestiques.

E. ETHNOGRAPHIE

a) *Ethnographie et folklore de l'Asie* : *Président* : le conservateur de musée C. G. FEILBERG.

Sujet de discussion commune des sections Ea et Eb : Les peuples nomades-pasteurs en Asie et en Afrique.

b) *Ethnographie africaine* : *Président* : M. CARL KJERSMEIER.

c) *Ethnographie américaine* : *Président* : le professeur FRANS BLOM.

Sujet de discussion proposé : L'influence réciproque des civilisations de l'Amérique centrale et celles de l'Amérique du Nord et du Sud.

d) *Ethnographie océanienne* : *Président* : le conservateur de musée HELGE LARSEN.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

## CLINIQUE PRIVÉE

D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D<sup>r</sup> Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

### CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

# LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

CONGRES INTERNATIONAL  
DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES  
ET ETHNOLOGIQUES

(suite)

Sujet de discussion proposé : Les relations culturelles de l'Océanie et de l'Asie du Sud-Est.

e) *Ethnographie arctique* : Président : le docteur THERKEL MATHIASSEN.

Sujet de discussion proposé : Courants préhistoriques et historiques de civilisation dans la région circumpolaire.

f) *Ethnographie et folklore de l'Europe* : Président : le conservateur de musée J. OLRIK.

Sujet de discussion proposé : Croyances et coutumes concernant l'année agricole.

F. SOCIOLOGIE ET RELIGION

Président : le professeur Vilh GRONBECH.

Sujet de discussion proposé : Dans quelle mesure l'archéologie et la pré-histoire peuvent-elles servir de base à l'étude de la culture intellectuelle ?  
Discussion commune de Sections F et B sur les changements culturels.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations moder-  
nes et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : Dr H. BERSOT

# CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

• • •

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

## SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX :** Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●

*Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis*

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

## SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

# NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

## MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

# CANTÉÏNE

## BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

**Laboratoire E. BOUTEILLE**, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)



# CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(suite)

## G. LINGUISTIQUE ET ÉCRITURE

*Président* : le professeur Viggo BRONDAL.

Sujets de discussion proposés : Standardisation des langues indigènes ; formation de langues communes — langues créoles et langues de civilisations parlées par les peuples indigènes.

Les sections du Congrès se réuniront :

- 1) le matin, pour les communications spéciales ;
- 2) l'après-midi, pour les conférences et les discussions des questions d'intérêt plus général ;
- 3) à cinq heures du soir, pour des sessions communes de deux ou de plusieurs sections, des conférences et des exposés d'ordre général.

Pendant la session auront lieu des expositions et des démonstrations, relatives aux sujets traités au Congrès, entre autres :

- 1) du matériel anthropologique des Esquimaux, des Scandinaves du Groënland au Moyen-Age, de tombeaux préhistoriques du Danemark, des crânes de Lagoa Santa (Brésil) ;

(A suivre, page d'annonces XXVII).

## LES BERGES DU LEMAN

**VEVEY (Suisse)**

Tél. Vevey 52-008.

Traitement des maladies du  
système nerveux. Cures de  
repos et de convalescence,  
— séjours d'observation. —



Médecin-chef : **D<sup>r</sup> GUILLEREY**

— Un Médecin-Adjoint —



*Les berges  
du Léman*

**VEVEY**

CONGRÈS INTERNATIONAL  
DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES  
ET ETHNOLOGIQUES

(suite)

2) au Musée Rural de Lyngby, près de Copenhague, où on expliquera le rapport des vieilles constructions danoises et du système de construction préhistorique ; là également seront exécutées des danses nationales danoises (y compris celles des îles Féroë) ;

3) des livres rares et manuscrits, entre autres les manuscrits islandais médiévaux traitant de la découverte du Groënland et du Vinland ; du manuscrit de Poma de Ayala sur le royaume des Incas au Pérou ; des manuscrits Avesta iraniens, etc., etc.

EXCURSION

Après le Congrès sera organisée une grande excursion à travers le Danemark, au cours de laquelle il y aura l'occasion à voir une série de vestiges de l'Antiquité et du Moyen Âge (Kokkenmoddings, tombeaux mégalithiques, tumuli de l'âge de bronze, fortification de l'âge de fer, vaisseau viking nouvellement trouvé à Ladby, Musée de la Ville à Aarhus, etc.).

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

## ALLOCHRYSINE LUMIERE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE  
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES  
Absorption facile et rapide -- Tolérance parfaite  
Aucune réaction locale, ni générale

## CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE  
ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR  
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges -- Pas de contre-indications

## CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE  
AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT  
Non irritant, kératoplastique  
Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse -- Jamais d'argyrisme

## EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFIQUE MAGNÉSIENNE  
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE TOUS LES TROUBLES LIÉS  
À UN ÉTAT D'INSTABILITÉ HUMORALE. **ANTI-CHOC.**

Site Aime des Produits Chimiques Spéciaux " **BREVETS LUMIÈRE** "  
45, Rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

# CONGRES INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(Suite)

## INSCRIPTIONS ET COTISATIONS

La *cotisation des membres du Congrès* est fixée à 30 couronnes danoises. La carte de membre donne le droit d'assister à toutes les réceptions, à toutes les réunions, d'y voter, de prendre part aux discussions et de recevoir les comptes rendus gratis et les autres publications du Congrès à des prix réduits. Deux personnes, au maximum, appartenant à la famille de chaque membre, auront le droit de recevoir chacune une carte de *membre associé* au prix de 15 couronnes danoises par carte. Les membres associés pourront assister aux séances, aux réceptions et aux excursions, mais n'auront ni voix, ni vote, et ne recevront pas les comptes rendus.

Les *bulletins d'adhésion* et les *cotisations* doivent être envoyés au Trésorier du Congrès International des Sciences Anthropologiques et Ethnologiques, Nationalmuseet, 10 Ny Vestergade, Copenhague K, et toute autre communication doit être adressée aux Secrétaires généraux du Congrès International des Sciences Anthropologiques et Ethnologiques, également au Nationalmuseum.



## VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : **Dr OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

# SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DÉCEMBRE 1937

## MÉMOIRES ORIGINAUX

- PRIVAT DE FORTUNIÉ et BELFILS. — Les formes cliniques du caféisme cérébral. 725
- F. MOREL. — Hallucination et champ visuel (De la texture, de la forme, de la multiplicité des mouvements que présentent les hallucinations visuelles du delirium tremens)..... 742
- J. DRETLEH. — Sur les gommés du cerveau au cours de la paralysie générale traitée par la malaria..... 758

(Suite du sommaire, page II).

## CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



## L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 9 décembre 1937

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| P. ABÉLY et M. RANCOULE. — A propos de l'écriture en miroir .....                                                                | 768 |
| L. MARCHAND, Mme GAULTIER et M. R. STORA. — Epilepsie psychique post-traumatique associée à un syndrome d'amnésie continue ..... | 776 |
| M. BRISSOT et J. MAILLEFER. — Deux paralysies générales infantiles (forme évolutive et forme massive) .....                      | 780 |

Séance du 23 décembre 1937

### ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| Décès de Mlle le Dr C. Pascal .....                       | 788 |
| Adoption du procès-verbal .....                           | 788 |
| Correspondance .....                                      | 788 |
| Rapport de la Commission des finances .....               | 789 |
| Rapport du Secrétaire général .....                       | 790 |
| Election du Bureau pour l'année 1938 .....                | 791 |
| Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1938 ..... | 793 |
| Election d'un membre correspondant national .....         | 793 |
| Conseil d'administration .....                            | 793 |

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| Commission des finances .....                 | 793 |
| Prix de la Société Médico-Psychologique ..... | 793 |

### SÉANCE ORDINAIRE

|                                                                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CAPGRAS, J. LHERMITTE, AJURIAGUERRA et DOUSSINET. — Syndrome de Korsakoff au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Confusion onirique avec paraplégie atypique .....    | 794 |
| R. ANGLADE, M. ROUGEAN et P. ROYER. — Sur la méthode de D. Anglade pour l'étude de la névroglie. Intérêt neuro-psychiatrique de cette étude. Précisions techniques opportunes ..... | 800 |
| Mlle S. ROUSSET et M. G. DAUMEZON. — Deux jumeaux déments précoces .....                                                                                                            | 806 |
| Mlle S. ROUSSET et M. G. DAUMEZON. — Troubles de la mémoire post-traumatiques de type particulier. Confabulation et amnésie systématique .....                                      | 810 |
| J. VIÉ et M. VILLEMEZ. — Les démences vésaniques. Esquisse d'une nouvelle étape de leur démembrement .....                                                                          | 816 |
| J. PICARD. — Pleurs de sang au début de l'accès épileptique .....                                                                                                                   | 824 |

(Suite du sommaire page IV).

# MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

### NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison.  
de Santé  
de Repos  
de Régimes

FONDÉE PAR  
M. le Dr MAGNAN  
Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHERAPIE - ÉLECTROTHERAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. \* ✂ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du 9 décembre 1937

- J. LIERMITE et A. BINEAU. — Les hallucinations consécutives aux lésions pédonculaires en foyer ..... 829
- BAUDOUTIN et ROSIER. — Syndrome de sclérose latérale amyotrophique avec érythrémie.... 829
- M. HEUYER et Mme ROUDINESCO. — Aerodynamie avec troubles mentaux ..... 829
- GARCIN et KIPFER. — Syndrome de Claude Bernard-Horner par lésion du thalamus (expérimentation chez le chien) ..... 830
- SCHAEFFER et ARMINGEAT. — Sclérose en plaques avec céphalée très vive, accidents pseudo-comateux et occlusion intestinale par ileus spasmodique ..... 830
- GARCIN et FAURE-BEAULIEU. — Syndrome protuberantiel avec myoclonie du voile homolatéral ..... 830
- J. HAGUENAU et A. SICARD. — Compression médullaire au cours de la maladie de Paget. Opération. Guérison ..... 830
- J. HAGUENAU et A. SICARD. — Radicotomie rétro-casserienne dans une névralgie faciale secondaire. Guérison ..... 831
- H. BARUK et RACINE. — L'électrocardiographie dans la catatonie ..... 831
- BARUK et POMMEAU-DELLILLE. — Paralyse périodique et psychose périodique ..... 831

- Ed. KREBS, P. PUECH et J. BRUNHES. — Collapsus ventriculaire cérébral post-traumatique.. 831
- Th. ALAJOUANINE, HORNET et MORAX. — Syndrome hémorragique terminal avec œdème cérébral et viscéral dans un cas de myasthénie ..... 832

### Société de Médecine légale de France

Séance du 13 décembre 1937

- J. DUBILEAU et SCHIFF. — Remarques sur quelques troubles du caractère de l'adulte en psychiatrie médico-légale ..... 832

### Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 27 novembre 1937

- LAIGNEI-LAVASTINE. — Le sympathique des obsédés ..... 833

### Société belge de Neurologie

Séance du 27 novembre 1937

- J. DAGNÉLIE. — Troubles trophiques cutanés dans la paralysie périphérique du nerf crural. 834
- L. VAN BOGAERT et J. RADERMECKER. — Myokymie ..... 835
- H.-J. SCHERER. — La glioblastomatose en plaques ..... 835

(Suite du sommaire, page VI).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD

Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition



Psycho-  
névroses  
Intoxica-  
tions  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Réunion de la Société Suisse de psychiatrie

89<sup>e</sup> Réunion, Münsingen p. Berne (29-31 mai 1937)

#### LA THÉRAPEUTIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

CHOC INSULINIQUE, CARDIAZOL, SOMMEIL PROLONGÉ

- M. MUELLER. — L'insulinothérapie de la schizophrénie ..... 836  
M. SAKEL. — La nature et la genèse du traitement hypoglycémique des psychoses..... 837  
L. VON MEDUNA. — Considérations générales sur le traitement par le cardiazol..... 837  
BEIGLBOCK et DUSSIK. — De la physiologie du choc hypoglycémique dans le traitement de la schizophrénie ..... 837  
V. DEMOLE. — Démence précoce, hypoglycémie, insuline, vitamine B1 ..... 838  
F. GEORGI. — Problème des convulsions et insulinothérapie ..... 838  
F. GEORGI et R. STRAUSS. — Problème des convulsions et insulinothérapie ..... 838  
W. HADORN. — Insuline et appareil circulatoire ..... 839

- Ch. PALISA et A. FLACH. — Le réveil du choc hypoglycémique ..... 839  
O. PEISTER. — Les troubles neurovégétatifs des schizophrénies et leurs rapports avec les thérapeutiques par l'insuline, le cardiazol et le sommeil prolongé ..... 839  
H. WESPI. — Communication provisoire sur les résultats de l'observation des fonctions végétatives pendant le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire ..... 839  
F. ACCORNERO. — Recherches histopathologiques expérimentales sur le choc insulinaire... 840  
W.-M. FORSTMAYER. — Recherches sur la perméabilité de la barrière hémoméningée dans la schizophrénie et son comportement au cours du traitement par le choc insulinaire... 840  
R. FREUDENBERG. — Le comportement de la glycémie vraie pendant le choc insulinaire .. 840  
G. DE MORSTIER et H. BERSOT. — Les troubles cérébraux dans l'hyperinsulinémie provoquée 840  
V. DEMOLE et H. BERSOT. — Choc « insulinaire » et choc « analeptique » chez le lapin.... 840  
H.-E. SCHMID. — Contribution à l'histophysiologie de l'insuline ..... 840  
O. BRINER. — Résultats obtenus avec la thérapeutique convulsivante à la clinique psychiatrique de Berne ..... 841

(Suite du sommaire page VIII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS  
ET JEUNES GENS  
ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

DIRECTEURS

D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226



# SAINT-REMY

## CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

**LE VÉSINET (S.-et-O.).**



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

**NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS**

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

**-- D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY --**

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --



|                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                          |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| L. BINI. — Recherches expérimentales sur l'accès épileptique provoqué par le courant électrique .....                                                     | 841 | M. MARZYNSKI. — Résultats de l'insulinothérapie de la schizophrénie .....                                                                                | 843 |
| F. HUMBERT et A. FRIEDEMANN. — Critiques et indications des thérapeutiques de la schizophrénie .....                                                      | 841 | M.-L. PRESS. — Rémission après traitement insulinique .....                                                                                              | 843 |
| F. IENNY. — Sur le traitement de la schizophrénie par le sommeil prolongé, à la clinique psychiatrique de Berne .....                                     | 841 | PULLAR-STRECKER. — Constatations avec l'insulinothérapie en Angleterre .....                                                                             | 843 |
| F. IENNY. — Sur le traitement de la schizophrénie par les agents physiques, à la clinique psychiatrique de Berne .....                                    | 842 | D. EWEN CAMERON et R.-G. HOSKINS. — Quelques observations sur la méthode de Sakel du traitement de la schizophrénie par l'hypoglycémie insulinique ..... | 844 |
| G. DE MORSIER, F. GEORGI et E. RUTISHAUER. — Etude expérimentale des convulsions produites par le cardiazol chez le lapin .....                           | 842 | K. DUSSIK. — Trois ans et demi de thérapeutique de la schizophrénie par l'hypoglycémie provoquée. Résultats et problèmes .....                           | 844 |
| F. ACCORNERO et L. BINI. — L'insulinothérapie à la clinique neuropsychiatrique de Rome .....                                                              | 842 | A. KRONFELD et E. STERNBERG. — Constatations avec le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique .....                                        | 844 |
| N. BENO. — Observations et résultats de 52 cas de traitement de psychoses par l'insuline .....                                                            | 842 | L. WORTHIS. — Quelques expériences avec l'insulinothérapie des psychoses selon la méthode de Sakel en Amérique .....                                     | 844 |
| I.-P. FROSTIG. — Constatations avec l'insulinothérapie chez les schizophrènes, en considérant en particulier les problèmes cliniques ..                   | 842 | W. NICOLAJEW. — Sur une altération gliale particulière après des chocs insuliniques répétés chez l'animal .....                                          | 844 |
| I.-P. FROSTIG, I. PERSYKO, H. PERSYKO. — Le quotient de l'abaissement de la glycémie. Contribution à la question de la sensibilisation à l'insuline ..... | 843 | W. NICOLAJEW. — Sur le pronostic du résultat de l'insulinothérapie et l'interprétation du mécanisme curatif .....                                        | 844 |
| E. KÜPPERS. — L'état hypoglycémique à la lumière de l'auto-observation .....                                                                              | 843 | F. MOREL. — A propos du traitement chirurgical de la démence précoce .....                                                                               | 844 |
| H. ROEMER. — Les nouvelles méthodes de traitement de la schizophrénie et le fonctionnement des établissements psychiatriques.....                         | 843 | W. KRAULIS. — Le choc prolongé dans le traitement insulinique de la schizophrénie et les résultats de cette thérapeutique à Riga en Lettonie .....       | 845 |

(Suite du sommaire, page X).

# NEURINASE

*amorce le  
sommeil naturel*

*ℒ*

**Insomnie**  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

**Distractions** Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

**Tous les sports** Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

# 12<sup>e</sup> Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique

Scheveizingen, Pays-Bas, 15-20 juillet 1936

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I.-A. MOEN. — Nouvelles directives pour une politique de la population inspirée par l'hygiène raciale ..... | 845 |
| ASTEL. — Applications de l'hygiène raciale dans la politique de l'habitation, en Thuringe .....             | 845 |
| E. RÜDIN. — Les nouvelles lois allemandes d'hygiène raciale envisagées au point de vue médical .....        | 845 |

|                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| RUTKE. — Hygiène de l'hérédité dans la législation allemande .....                                  | 846 |
| C. ERUGGER. — La parenté hérédobiologique des différents degrés d'intensité de l'oligophrénie ..... | 846 |
| LUXENBURGER. — Pronostic hérédologique empirique et études gémellaires en psychiatrie. ....         | 846 |
| K. CONRAD. — Résultats et problèmes des études sur la gémellité en neurologie .....                 | 847 |
| E. HANHART. — Des mutations chez l'homme .....                                                      | 847 |
| STRUMPFEL. — Recherches sur des jumeaux criminels et psychopathes .....                             | 847 |
| E. RODENWALDT. — Transformations des races dues aux influences climatiques .....                    | 847 |
| K. HANSEN. — La loi norvégienne de stérilisation de 1931 et ses résultats pratiques...              | 847 |

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Psychiatrie.

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| H. CLAUDE et J. LÉVI-VALENSI. — Les états anxieux .....                                       | 848 |
| P. OLINTO. — Introduction à la psychiatrie .....                                              | 849 |
| Ch.-H. NODET. — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Essai nosographique ..... | 850 |

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J.-M. DE MORAES. — Autour du problème de la catatonie. Contribution expérimentale. ....    | 851 |
| W. AUBRUN. — L'état mental des parkinsoniens. Contribution à son étude expérimentale ..... | 851 |

#### Psycho-physiologie.

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| E. TÉCHOUEVRES. — La femme, étude médico-psychologique ..... | 852 |
|--------------------------------------------------------------|-----|

(Suite du sommaire, page XII).

## CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-  
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-  
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-  
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES  
ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --  
-- Docteur CALAME -- --  
-- Médecin consultant : -- --  
Professeur d'Université Dr O. Læwenstein.

# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

## ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE CONFORT MODERNE

||||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares |||||



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion  
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malarothérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X — Cabinet dentaire

||||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- --  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --  
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- |||||

Quatre médecins assurent les traitements.  
Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441  
Rivaprangins, Nyon { Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : Dr O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

|                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| W. DRABOVITCH. — Les réflexes conditionnés et la psychologie moderne .....                                                                                | 853 |
| L. VAN BOGAERT, Hans J. SCHERER et E. EPSTEIN. — Une forme cérébrale de la cholestérinose généralisée (type particulier de lipidose à cholestérine) ..... | 854 |
| P. MOLLARET. — Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination. Subordination et posture .....                         | 855 |

### Thérapeutique.

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| E. PICHON et S. BOREL-MAISSONY. — Le légalisme, sa nature et son traitement .....      | 856 |
| F. KLEIN. — Maladies mentales expérimentales et traitement des maladies mentales ..... | 856 |

## JOURNAUX ET REVUES

### Neuro-psychiatrie.

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| P. KLOTZ. — Intoxication oxy-carbonée .....                | 857 |
| M. SCHACHTER. — Le profil mental des post-choréiques ..... | 857 |
| M. BIRO. — La maladie de Tay-Sachs .....                   | 858 |
| M. BIRO. — La maladie de Tay-Sachs .....                   | 858 |

### Hygiène et prophylaxie.

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| S. BOROWIECKI. — L'hérédité dans les maladies psychiques et les moyens de la combattre ..... | 858 |
| G. SCHREIBER. — Le seuil de fatigabilité chez les enfants .....                              | 859 |

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. FERRAZ ALVIN et A. ELLIS. — Prophylaxie du suicide .....                            | 859 |
| G.-R. LAFORA. — L'hygiène mentale et la psychothérapie du point de vue religieux ..... | 859 |
| Alcoolisme et toxicomanie en relation avec la santé mentale .....                      | 860 |
| H.-N. LINSTEAD. — Les travaux de la Commission des poisons .....                       | 861 |

### Assistance.

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| Problèmes de l'organisation de l'assistance psychiatrique ..... | 861 |
|-----------------------------------------------------------------|-----|

### Thérapeutique.

|                                                                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| G. BERGMANN. — Sur la résistance dans les psychonévroses. Les malades qui ne « veulent pas » guérir .....                                            | 862 |
| P. HARTENBERG. — L'impuissance virile des nouveaux mariés .....                                                                                      | 862 |
| E. BROGGI. — Premières considérations sur le traitement de quelques maladies mentales par les injections intra-rachidiennes de lipoides .....        | 862 |
| C.-A. PIERSON. — Remarques cliniques sur l'association génoscopolamine-bromure dans certains syndromes d'anxiété ou d'excitation psychomotrice ..... | 862 |
| L.-R. ANGUS. — Le traitement par l'hématoporphyrine dans les psychoses dépressives .....                                                             | 863 |
| D.-L. STEINBERG. — Traitement par l'hématoporphyrine des états dépressifs graves .....                                                               | 863 |
| H. ROGER. — La pyrétolthérapie des maladies mentales .....                                                                                           | 863 |

(Suite du sommaire page XIV).

# SANATORIUM BELLEVUE

## A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

**Spécialement organisé pour le traitement des MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

**TRAITEMENT :** Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

**Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER**



# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> Cl. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. CUCCHI. — La malarithérapie dans la paralysie générale .....                                                             | 863 |
| L. CABITTO. — Résultats à distance de la méthode de Boschi et de quelques essais thérapeutiques dans la schizophrénie ..... | 864 |
| J. KOPICZ. — Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire .....                                                | 864 |
| H. SCHAEFFER. — De quelques traitements modernes de la démence précoce .....                                                | 864 |
| S. GULLOTTA. — Traitement de la schizophrénie par les convulsions épileptiques provoquées .....                             | 864 |
| F. LADARIA CALDENTY. — La diète cétogène dans le traitement des épileptiques .....                                          | 865 |
| V. DE LAVERGNE et P. KISSEL. — Le complexe                                                                                  |     |

|                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| strychno-barbiturique. Son rôle dans la protection réciproque strychnine-barbiturique .....                                   | 865 |
| S. DE SÈZE. — Le traitement du coma barbiturique. Etat actuel de la strychninothérapie .....                                  | 865 |
| E. MARTINOT et J. MAILLEFER. — Le traitement de l'alcoolisme par l'intolérance provoquée .....                                | 865 |
| L. GAUTRAND et J.-A. HUET. — Zona et radiothérapie .....                                                                      | 866 |
| M. RAMOS CONTRERAS. — Le traitement de la chorée de Sydenham par les injections intramusculaires de sulfate de magnésie ..... | 866 |
| NOTO. — Méthode de Roemer et cure bulgare dans le Parkinson post-encéphalitique .....                                         | 866 |
| E. TERRIEN. — Les éléments fondamentaux de la cure des poliomyélites .....                                                    | 866 |

## VARIÉTÉS

|                                              |     |                                               |     |
|----------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------|-----|
| Société Médico-Psychologique : Séances ..... | 867 | Postes vacants .....                          | 867 |
| Hôpitaux psychiatriques :                    |     | Nécrologie : Mlle C. Pascal (1877-1937) ..... | 868 |
| Nomination .....                             | 867 |                                               |     |

## INFORMATIONS

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes (XLII<sup>e</sup> session. Alger, 6-11 avril 1938) XVIII

# *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO - MÉDICO - PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.

Entéro colites. Dysenterie.

Toutes les Diarrhées.

La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié

Une cuillérée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.

Rachitisme.

Déminéralisation.

Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.

Syndrome solaire.

Dyspepsie atonique.

Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchloxydrie.

Spasmes digestifs — Vomissements.

Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.

Syndromes post-encéphalitiques.

Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.

Tremblements.

Syndromes parkinsoniens.

Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.

Neurasthénie — Surmenage.

Anémie — Convalescence.

Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.

L'Anxiété — l'Agitation.

Les Dyspnées spasmodiques.

La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

TRAITEMENT DES ÉTATS SPASMODIQUES

PRESCRIT À DOSES FAIBLES  
FRACTIONNÉES  
RÉPÉTÉES

le  
**GARDÉNAL**

COMPRIMÉS À 0<sup>gr.</sup>01

exerce son habituelle action

antispasmodique

sans que se manifeste  
d'effet hypnotique

**POSOLOGIE**

**Adultes :** 1 à 4 comprimés à 0<sup>gr.</sup>01 plusieurs fois par jour  
(dose maximum : 30 comprimés)

**Enfants :** Moins de 6 mois : 1/2 à 3 comprimés à 0<sup>gr.</sup>01 par jour.  
Un an et au dessus : en principe, 1 comprimé à 0<sup>gr.</sup>01 par  
année d'âge et par jour.

**LA DOSE UTILE SERA FIXÉE PAR PROGRESSION LENTE**

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

Marques **POULENC** Frères et **USINES DU RHÔNE**  
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —



## INFORMATIONS

### CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de France et des Pays de langue française

*XLII<sup>e</sup> Session, Alger (6 au 11 avril 1938)*

**Sous le Haut Patronage de Monsieur Georges LE BEAU**  
*Gouverneur général de l'Algérie*

#### BUREAU DE LA XLII<sup>e</sup> SESSION

*Président : M. le D<sup>r</sup> Th. SIMON, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine.*

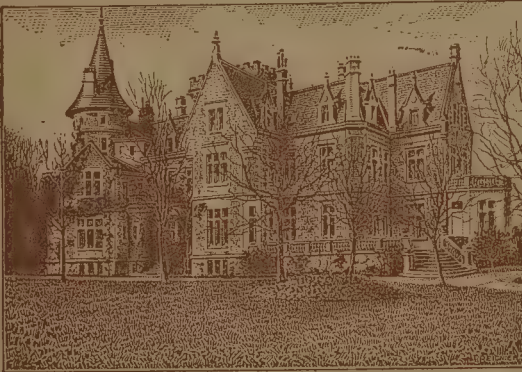
*Vice-Président : M. le D<sup>r</sup> H. ROGER, Professeur de Clinique Neurologique à la Faculté de Médecine de Marseille.*

*(A suivre, page d'annonces XIX).*

III

## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**D<sup>r</sup> Marcel DIERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
**Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences**

III

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

Secrétaire général : M. le Professeur Pierre COMBEMALÉ, de la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef de l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Dr A. POROT, Professeur de Clinique Psychiatrique à la Faculté de Médecine d'Alger.

Trésorier : M. le Dr VIGNAUD, Ex-Médecin-Directeur de la Maison de Santé Falret, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV^e). C./C. postal : 456.30, Paris.

PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES EXCURSIONS

MARDI 5 AVRIL

14 h. — *Réception des Congressistes.* — EXCURSION EN AUTO-CAR. — Panorama et Environs d'Alger.

Jardin d'Essai. — Panorama du Bd. Bru. — Mustapha Supérieur. — Bd. Galliéni. — El Biar. — Balcon de St-Raphaël. — Bouzaréa. — Forêt de Bainem et retour par la Corniche.

Rendez-vous Bd. Carnot devant l'Hôtel Aletti à 13 h. 50 (Excursion offerte).

MERCREDI 6 AVRIL

10 h. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la présidence de M. Georges LE BEAU, Gouverneur Général de l'Algérie.

(Université d'Alger, Salle GSELL, rue Michelet).

(A suivre, page d'annonces XX).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

—
Etablissement
neuro-psychiatrique
==

Installations modernes et confortables
—



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.
==

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : Dr H. BERSOT

Le Secrétariat sera ouvert à partir de 9 heures au premier étage de la Salle Gsell.

14 h. 15. — 1^{er} RAPPORT. — PSYCHIATRIE.

Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales. — Rapporteur : M. le Dr SANTENOISE, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy.

(Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. — Faculté de Médecine, Université d'Alger, rue Michelet).

21 h. — *Soirée offerte par M. le Président et les membres du Congrès, à l'Hôtel St-Georges à Mustapha Supérieur.*

Tenue de soirée (habit ou smoking).

JEUDI 7 AVRIL

9 h. 15. — *Séance de communications.*

Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, rue Michelet.

11 h. — *Visite du Musée des Antiquités et du Musée du Bardo, sous la conduite de M. LESCHI, Professeur à la Faculté des Lettres, Directeur des Antiquités en Algérie, et de M. MARÇAIS, Professeur à la Faculté des Lettres, Directeur du Musée.*

Des cars stationneront à côté de l'Université pour conduire les Congressistes aux Musées.

(A suivre, page d'annonces XXI).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel • PARIS (12^e)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

14 h. 30. — DEUXIÈME RAPPORT. — NEUROLOGIE.

Les formes cliniques inhabituelles de la neuro-syphilis. — Rapporteur : M. le P^r agrégé P. NAYRAC, de la Faculté de Médecine de Lille.
(Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, rue Michelet).

17 h. — *Réception au Palais d'été* (à Mustapha Supérieur) par M. le Gouverneur général. — (Se munir de sa carte de Congressiste).

Des cars conduiront les Congressistes de l'Université au Palais d'Été.

VENDREDI 8 AVRIL

Excursion à Blida et environs (transports offerts).

8 h. — Départ d'Alger, en auto-car, à 7 h. 50. Des cars stationneront Bd. Carnot, devant l'Hôtel Aletti.

8 h. 45. — Arrêt à Boufarik.

9 h. 45. — Arrivée à Blida — Visite de la Ville.

10 h. 30. — Arrivée à l'Hôpital Psychiatrique de Blida-Joinville.

11 h. — *Inauguration officielle de l'Hôpital Psychiatrique*, par M. le Gouverneur Général et *Visite de l'établissement*.

12 h. 30. — *Banquet* offert par l'Hôpital Psychiatrique.

15 h. — Excursion au « Ruisseau des Singes » et aux « Gorges de la Chiffa ».

16 h. 30. — Départ pour Alger.

(Excursion offerte).

(A suivre, page d'annonces XXII).

LES BERGES DU LEMAN

VEVEY (Suisse)

Tél. Vevey 52-008.

Traitement des maladies du
système nerveux. Cures de
repos et de convalescence,
— séjours d'observation. —

Médecin-chef : **D^r GUILLEREY**

— Un Médecin-Adjoint —



*Les berges
du Léman*

VEVEY

SAMEDI 9 AVRIL

9 h. 30. — *Assemblée générale* du Congrès.

(Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine).

10 h. 15. — Visite de la Casbah et du Vieil Alger. — Pavillon du « Coup d'Eventail ». — Musée Franchet d'Espérey. — Mosquée de Sidi-Abderraman. — Archevêché.

Des cars transporteront les Congressistes de l'Université à la Casbah. La descente se fera à pied par les pittoresques ruelles de la Casbah.

14 h. 15. — *Séances de communications.*

(Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine).

17 h. — *Réception* par M. le Maire et les membres du Conseil municipal de la Ville d'Alger à l'Hôtel de Ville, Bd de la République, près de la Place du Gouvernement (en face le Port).

DIMANCHE 10 AVRIL

Excursion à Tipasa et Cherchell, conduite par M. Leschi, Directeur des Antiquités, Professeur à la Faculté des Lettres.

8 h. — Départ des cars du Bd Carnot, devant l'Hôtel Aletti. — Route du Littoral. — « Tombeau de la Chrétienne ». Tipasa et ses Ruines romaines.

12 h. — Arrivée à Cherchell. — Déjeuner.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : Dr O. Riggenschach
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

14 h. 30. — Visite du Musée et des Ruines.

16 h. — Départ pour Alger.

(Excursion et déjeuner offerts).

LUNDI 11 AVRIL

9 h. 15 — 3^e RAPPORT. — MÉDECINE LÉGALE.

« *L'Assistance psychiatrique indigène aux Colonies.* » — Rapporteur : M. le Médecin-Commandant des Troupes Coloniales, AUBIN, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de France.

(Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine).

14 h. 15. — Séance de communications.

(Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine).

17 h. — Thé et Réception à l'Hôtel Aletti.

PROGRAMME POUR LES DAMES

Un Comité local de Dames se tiendra à la disposition des Dames Congressistes. Un *Salon de Lecture et de Correspondance* leur sera réservé à l'Université au-dessus de la Salle Gsell. En outre des visites prévues pour tous les Congressistes, les dames seront conviées à la visite d'une Manufacture de Tapis, d'un

(A suivre, page d'annonces XXIV).

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

Ouvroir indigène et d'un Dispensaire indigène, d'une Manufacture de Tabacs, etc.
Un programme détaillé leur sera remis à l'ouverture du Congrès.

VOYAGE

Réduction de transport

A. CHEMINS DE FER (1)

France

Les Grands Réseaux des Chemins de fer français tenant compte du caractère du Congrès, ont bien voulu accorder aux Congressistes français et étrangers, régulièrement inscrits ainsi qu'à leurs femmes, enfants mineurs et filles non mariées les accompagnant, une réduction de 40 0/0 (net d'impôt) pour se rendre au Congrès.

Cette réduction a été accordée sous forme de bons individuels, permettant d'emprunter au retour un itinéraire différent de l'aller, mais ramenant obligatoirement le voyageur à la gare de départ, et par le trajet direct.

La validité des bons a été fixée du 2 avril au 27 avril 1938.

(1) Les avantages offerts par la carte de surclassement ne peuvent se cumuler avec ces réductions.

(A suivre, page d'annonces XXV).

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

Confort Moderne

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

Algérie. — Tunisie. — Maroc

Les Grands Réseaux des Chemins de fer, tenant compte du caractère du Congrès ont bien voulu accorder aux Congressistes nord-africains, régulièrement inscrits ainsi qu'à leurs femmes, enfants mineurs et filles non mariées, les accompagnant une réduction de 40 0/0 pour se rendre à Alger et en revenir.

Belgique

Les Congressistes se rendant à la XLII^e Session pourront bénéficier, sur les Chemins de fer belges, d'une réduction individuelle de 35 0/0 sur les prix normaux des billets de voyageurs, sur présentation d'une carte spéciale valable du 1^{er} au 30 avril

B. LIGNES DE NAVIGATION AÉRIENNE

(Compagnie « Air-France » et Compagnies affiliées)

Une réduction de 10 0/0 sur le prix des billets sera accordée aux Congressistes qui feront usage de la voie des airs pour se rendre à Alger.

Validité : Aller du 3 au 11 avril 1938 ; — Retour : 6 au 14 avril 1938.

Le nombre de places par voyage est limité. Les retenir plusieurs semaines à l'avance.

(A suivre, page d'annonces XXVII).

CLINIQUE PRIVÉE

D^r Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D^r Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D^r Th. BRUNNER

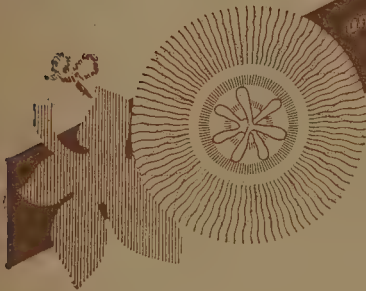
TRAITEMENT PHYTHOTHÉRAPIQUE DES SYNDROMES SYMPATHIQUES et PARASYMPATHIQUES

ANGOISSE _ ANXIÉTÉ _ INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS du CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

La Passiflorine

RÉAUBOURG

uniquement composée d'Extraits végétaux
ATOXIQUES



Passiflora
incarnata
Salix alba
Crataegus
oxyacantha

C. COMPAGNIES DE NAVIGATION MARITIME

Compagnie Générale Transatlantique (C.G.T.). — Compagnie de Navigation Mixte (C.N.M.). — Société Générale des Transports Maritimes à vapeur (S.G.T.M.).

Les Compagnies de Navigation assurant le service de l'Afrique Nord accorderont aux Congressistes, à leur femme, enfants mineurs et filles non mariées, une réduction de 30 0/0 sur le prix de deux billets simples constituant « Aller et Retour », avec validité d'un mois.

Les billets émis à l'Aller par l'une des Compagnies de Navigation sont valables au Retour par les paquebots de l'une quelconque des trois Compagnies mentionnées, et ce, au départ d'Alger, Tunis, Bône, Philippeville ou Oran.

Les cartes de réduction de famille nombreuse et les cartes de surclassement ne donnent droit à aucun avantage sur ces Compagnies de Navigation. Seuls, les mutilés à 75 0/0 et au-dessus ont intérêt à prendre des billets.

EXCURSIONS APRES CONGRES

Circuit I (Maximum 60 personnes)

du 12 au 18 avril

ALGER, BOU-SAADA, BISKRA, TIMGAD, CONSTANTINE, DJIDJELLI, LES GORGES DU CHABET, BOUGIE, LA HAUTE-KABYLIE, MICHELET.

Prix par personne : Hôtels de 1^{er} ordre Frs : 1.250

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phényléthyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Eréthisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

Circuit II (Maximum 30 personnes)

du 12 au 20 avril

ALGER, BLIDA, DJELFA, LAGHOUAT, GHARDAÏA, TOUGGOURT, BISKRA, BOU-SAADA, ALGER.

Prix par personne : Hôtels de 1^{er} ordre Frs : 1.600

Circuit III (Maximum 25 personnes)

du 12 au 25 avril

ALGER, TIZI-OUZOU, FORT NATIONAL, MICHELET, BOUGIE, LES GORGES DU CHABET, DJIDJELLI, CONSTANTINE, BISKRA, TIMGAD, TEBESSA, TOZEUR, GAFSA, SFAX, EL-DJEM, KAIROUAN, TUNIS. . .

Prix par personne, Hôtels de 1^{er} ordre Frs : 2.500

Circuit IV (Maximum 35 personnes)

du 12 au 15 avril

Afin de permettre aux Congressistes d'avoir une rapide vue d'ensemble des différents visages de l'Algérie, le Comité a décidé d'établir une excursion de quatre jours, dite « économique ».

(A suivre, page d'annonces XXIX).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

Ce circuit, qui conduira les participants des Hautes Montagnes de Kabylie au Rivage Méditerranéen, et, de là, à la porte du Désert, sera organisé dans des conditions modestes, mais donnant cependant satisfaction, pour le confort et la nourriture.

ALGER, LA HAUTE-KABYLIE, BOUGIE, DJEMILA, SÉTIF, BOU-SAADA, AUMALE, ALGER.

Prix par personne, Hôtels de 2^e ordre Frs : 590

« Un circuit IV bis, de même capacité et avec les mêmes itinéraires et horaires, et aux mêmes prix, mais partant le mercredi 13 avril, pourrait être préparé au cas où les demandes dépasseraient rapidement le chiffre maximum de 35 personnes du circuit IV. »

Circuit V

du 17 mars au 4 avril

LE SAHARA ET LE HOGGAR.

Prix par personne Frs : 7.300

Ce voyage ne pourra avoir lieu qu'avec un minimum de 7 inscriptions.

La température diurne en certaines régions d'Afrique Centrale étant très

(A suivre, page d'annonces XXX).

**LE CASTEL
D'ANDORTE**

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -**

◆ ◆ ◆
Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

élevée en fin avril, ce circuit V est prévu *avant la session* du Congrès pour permettre aux participants de profiter des bonnes conditions de climat et faire ainsi ce voyage magnifique sans fatigue.

L' « Agence Duchemin-Exprinter » se tient à la disposition des Congressistes qui désireraient faire en auto ou en chemin de fer un itinéraire autre que ceux proposés.

Les prix des circuits touristiques et voyages comprennent : le transport en auto-car de grand tourisme ; les séjours dans les meilleurs hôtels de 1^{er} ou 2^e ordre, selon le cas, pension complète ; les chambres seront attribuées dans l'ordre des inscriptions ; les repas en cours de route (vin de table non compris) ; les visites prévues au programme, avec guides locaux ; les droits d'entrée dans les monuments visités ; les taxes « locales » et « gouvernementales » ; les pourboires ou services ; l'assurance des voyageurs en cas d'accidents, conformément aux conditions de la Police générale de réassurance contractée par les voyages « Duchemin-Exprinter » auprès de la Compagnie d'assurance « La Nationale » ; l'assurance des bagages à main (effets personnels d'habillement) à concurrence de 1.000 (Mille) francs par personne, et à l'exclusion de tous bijoux, valeurs, appareils de précision, etc... ; les soins des délégués de l'Agence chargés de veiller à la bonne exécution des voyages.

(A suivre, page d'annonces XXXI).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ÉNERGIQUE

**NOVACÉTINE
PRUNIER**

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

**NEUROSINE
PRUNIER**

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Le Congrès comporte des membres titulaires, des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres titulaires* de l'Association et les *membres adhérents* à la session ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 février 1938 recevront, comme les membres titulaires, les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité (1).

La cotisation des *membres adhérents* à la XLII^e session a été fixée à 80 francs. Ils doivent être agréés par le Bureau.

(1) Adresser les candidatures au Professeur Pierre COMBEMALE, Secrétaire général, route d'Ypres à Bailleul (Nord).

(A suivre, page d'annonces XXXII).

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ FONDÉ EN 1930 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

GARÇONS nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiques, fatigués, convalescents, malingres, entériques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

● ● ● ●

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX** : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●
Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

Les hôpitaux psychiatriques et établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 francs.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres titulaires et des membres adhérents. Le prix de leur cotisation est de 50 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Envoyer le montant des cotisations en francs français, chèque sur Paris, mandat international, mandat-postal ou chèque-postal, avec indication précise des noms et adresses,

au Docteur VIGNAUD, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV^e). Compte chèques postaux : Paris, C.-C. 456-30.



VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.000 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.000 et 3.000 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

